

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N^o

THÈSE

92

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Novembre 1899, à 1 heure

PAR

Pierre COULOMB

Né à Draguignan (Var); le 6 février 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS DE L'APPENDICE dans la Fièvre typhoïde

Président : M. HUTINEL, Professeur.

*Juges : MM. { CORNIL, Professeur.
MARFAN, Agrégé.
THOINOT, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diversos parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1899

Année 1899

N^o

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Novembre 1899, à 1 heure

PAR

Pierre COULOMB

Né à Draguignan (Var); le 6 février 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES LÉSIONS DE L'APPENDICE

dans la Fièvre typhoïde

Président : M. HUTINEL, Professeur.

*Juges : MM. { CORNIL, Professeur.
MÂRFAN, Agrégé.
THOINOT, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies syphilitiques.....
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
 céphale.....
 Clinique des maladies nerveuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des voies urinaires.....
 Clinique d'accouchement.....

M. BROUARDEL. MM.

FARABEUF.
 CH. RICHT.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 DEBOVE.
 LANNELONGUE
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 TERRIER.
 POUCHET.
 LANDOUZY.
 PROUST.
 BROUARDEL.
 BRISSAUD.
 CHANTEMESSE.

POTAIN.
 JACCOUD.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 GRANCHER.
 FOURNIER.

JOFFROY.
 RAYMOND
 BERGER.
 DUPLAY.
 LE DENTU.
 TILLAUX.
 PANAS.
 GUYON.
 BUDIN.
 PINARD.

Agréés en exercice.

MM.
 ACHARD.
 ALBARRAN.
 ANDRI.
 BONNAIRE.
 BROCA Auguste.
 BROCA André.
 CHARRIN.
 CHASSEVANT.
 DELBET.
 DESGREZ.

MM.
 DUPRÉ.
 FAURE.
 GAUCHER.
 GILLES DE LA
 TOURETTE.
 HARTMANN.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.
 LEGUEU.
 LEJARS.

MM.
 LEPAGE.
 MARFAN.
 MAUCLAIRE.
 MENÉTRIÉR.
 MERY.
 ROGER.
 SEBILEAU.
 TEISSIER.
 THIERY.

MM.
 THIROLOIX.
 THOINOT.
 VAQUEZ.
 VARNIER.
 WALLICH.
 WALTHER.
 WIDAL.
 WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dis-
 sertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
 n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A. COULOMB

Docteur en médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Président du Conseil d'hygiène du Var

« La fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendicite », il rassemblait plusieurs observations personnelles, que nous reproduisons plus loin, et rappelait quelques faits publiés antérieurement. L'auteur faisait suivre le récit de ces cas, des nombreuses explications qui en avaient été fournies déjà, et tout en pensant qu'il s'agissait, dans la majorité de ces curieux accidents, « d'une impressionnabilité péritonéale exagérée au processus morbide qui s'élabore dans l'intimité de la paroi intestinale », ne niait pas qu'il fût possible d'incriminer quelquefois « la prédominance des lésions du tissu adénoïde de la muqueuse de l'appendice ».

Quelques-uns des faits dont nous avons été témoin, d'autres qui nous ont été rapportés et que nous publions plus loin, et aussi les faits eux-mêmes que signale M. le Dr Moizard, et dans lesquels nous voyons l'observation la plus scrupuleuse et la plus attentive aboutir à une soi-disant erreur de diagnostic, nous amènent à penser que cette douleur si nettement localisée, cette hyperesthésie de la paroi, cette défense musculaire, ces vomissements enfin, pourraient coïncider fort bien avec une participation intense de l'appendice au processus de la dothiérien-térie. Nous avons pu trouver, dans la défense de cette théorie, le concours de l'anatomie pathologique.

Le désir nous vint alors d'étendre notre sujet à l'étude, aussi complète qu'il nous était possible, des lésions appendiculaires dans le cours de la fièvre typhoïde.

La remarquable communication de M. le profes-

seur Dieulafoy à l'Académie de médecine nous traçait tout ensemble et la voie et le plan. Il nous parut intéressant, tout en essayant, par des recherches bibliographiques aussi étendues que possible, d'accroître le nombre des observations d'appendicites para-typhoïdes rapportées par ce maître, de nous livrer encore à une sorte de statistique des lésions de l'appendice jusqu'ici signalées, quel que soit le nom sous lequel l'affection se trouve cachée. La fièvre typhoïde évolue dans l'appendice, comme elle évolue au niveau de l'intestin, et s'y traduit par des lésions analogues ; mais ces lésions empruntent à la disposition de l'appendice, à son mode de réaction, des caractères particuliers ; tout un ensemble de signes et de complications expriment cette participation, comme il est facile de s'y attendre. C'est ce qui nous a paru ressortir de la totalité des faits, tant d'appendicites que de pérityphlites qu'il nous a été permis de recueillir, et que nous avons tenté de classer, suivant certaines données pathogéniques.

Le rôle de l'appendice dans la fièvre typhoïde reste fort peu connu, mais il est certain qu'il est loin d'être effacé, et qu'il peut, dans quelques cas, prendre un rang primordial et dominer la scène pathologique.

La localisation des lésions dans le vermium, l'ulcération et la perforation possibles de cet organe, avec les accidents graves qui en doivent résulter, l'inflammation appendiculaire dans la convalescence de la dothiënenterie et les symptômes nouveaux qui en résultent, autant

de points qu'il nous a paru intéressant de traiter avec quelques détails.

De nombreuses déductions, tant au point de vue du pronostic que du traitement, découlent forcément de semblables lésions ; n'y a-t-il pas, en effet, intérêt de premier ordre, quand il s'agit d'une affection souvent insidieuse comme l'appendicite, de savoir qu'elle peut survenir soit au cours, soit à la fin de la fièvre typhoïde, et d'être aussi prévenu que toute perforation typhique n'est pas intestinale, mais peut être appendiculaire, c'est-à-dire plus justifiable d'une intervention ?

Mais, avant d'aborder l'étude de notre sujet qu'il nous soit permis de remercier tous nos maîtres dans les Hôpitaux.

M. le Professeur agrégé Paul Segond, chirurgien de la Salpêtrière a bien voulu nous honorer de sa bienveillance, nous sommes heureux de lui adresser ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Que M. le Docteur Guinard, chirurgien des Hôpitaux veuille bien accepter tous nos remerciements pour l'intéressante observation qu'il nous a si obligeamment communiquée et pour ses excellents conseils.

A M. le Docteur Félix Brémont, vice-président de la Commission des logements insalubres, qui fut notre premier maître dans l'art de guérir, nous adressons ici le public hommage de notre inaltérable amitié.

M. le Professeur Hutinel, nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir nos vifs remerciements et croire à notre gratitude.

HISTORIQUE

Le rôle de l'appendice dans la fièvre typhoïde a toujours été plus ou moins délaissé par les différents auteurs.

Les ouvrages classiques sont tous assez brefs sur cette question.

L'un des *Traité de Médecine* signale seulement la possibilité de la perforation de l'appendice dans la fièvre typhoïde, l'autre y ajoute quelques détails : « L'appendice a été trouvé perforé dans un cas de Murchison, et un cas de Milliard. Morin a pu réunir dans la littérature, douze perforations de l'appendice, »

Et plus loin nous lisons encore (1) : « La perforation du cæcum et de l'appendice peut ainsi donner lieu à ce qu'on appelait autrefois la pérityphlite suppurée, accident qui peut guérir après évacuation du pus au dehors ».

Nous n'avons rien trouvé d'autre qui ait traité l'appendice.

(1) Brouardel et Gilbert.

Pourtant, en dehors de la large part faite, par M. le Professeur Dieulafoy, aux péritonites appendiculaires, dans la dernière édition de son *Manuel de Pathologie Interne*, il convient de signaler les aperçus originaux que donne sur cette question, dans son article Appendicite, du *Traité de Chirurgie*, M. le Docteur Guinard.

Parlant de l'étiologie de cette affection, M. Guinard s'exprime ainsi : « Parmi les causes d'appendicite, j'appelle surtout l'attention sur la fièvre typhoïde. Depuis que j'ai cette conception dans l'esprit, j'ai pu m'assurer plusieurs fois par le séro-diagnostic, que la cause de la crise appendiculaire était due à un typhus levissimus, méconnu jusque-là. »

« Si l'on voulait s'astreindre, ajoute l'auteur, à user du séro-diagnostic dans tous les cas d'appendicite, on s'apercevrait plus souvent qu'on ne le pense, que les accidents sont survenus au cours d'un typhus levissimus méconnu. J'ai dans ma pratique un cas de ce genre absolument positif. Je considère ce fait comme ayant une importance capitale. » C'est l'observation que M. le Dr Guinard a bien voulu si obligeamment nous communiquer.

Le diagnostic de la nature de l'appendicite fournit à M. Guinard une nouvelle occasion d'insister sur ce point original. Il conclut de la sorte : « C'est enfin une ulcération typhique qui peut occasionner la perforation. Je suis convaincu que si l'on usait systématiquement du séro-diagnostic dans ces appendicites perforantes

suraiguës, on trouverait plus souvent qu'on ne croit, qu'il s'agissait d'une de ces formes frustes de fièvre typhoïde ambulatoire. Je viens d'observer un fait positif de ce genre qui me fortifie dans cette manière de voir. »

L'importance de la notion qui nous occupe est donc ici nettement mise en relief. La crise appendiculaire, la perforation du vermium, sont successivement envisagées.

La littérature médicale nous a fourni, ça et là, de précieux renseignements. Malheureusement, la pathologie de l'appendice est de date toute récente, et c'est sous les dénominations de la typhlite et de la pérityphlite que nous avons dû, dans plusieurs circonstances, dépister l'appendicite.

Nous avons relu, avec le plus grand soin, les observations publiées par Thirial, dans l'*Union médicale* de 1853; quelques-unes nous ont paru devoir être classées parmi les manifestations appendiculaires de la convalescence; nous les reproduisons plus loin en les discutant. Thirial convenait d'ailleurs, fort modestement, que « la question des perforations typhiques a encore ses lacunes et ses obscurités », et que son travail n'a d'autre but que « de stimuler d'autres zèles et de contribuer ainsi à faire faire un progrès à cette importante question de médecine pratique ». Il s'agit ici surtout, comme on le sait, des péritonites par propagation.

Morin, dans sa thèse, en 1869, parle de gangrène de l'appendice, au cours de la fièvre typhoïde; il rapporte deux cas de Hoffmann, qui, sur trois autopsies de gan-

grène ayant amené la perforation, a trouvé deux fois l'appendice en cause. Nous rapporterons ces cas, lors de l'anatomie pathologique.

Il s'arrête complaisamment sur ces observations, et les fait suivre des réflexions suivantes : « Cet appendice vermiforme, qui est assez fréquemment le siège de perforations de toute nature, serait, d'après Hoffmann, particulièrement prédisposé à la gangrène. Les follicules de Brunner y sont très nombreux, si nombreux que Lushka a pu comparer l'appendice à une plaque de Peyer roulée en tube. A la suite de l'infiltration typhoïde, ces appareils prennent un développement considérable, et les espaces qui les séparent, déjà fort étroits, le deviennent encore davantage ; aussi toute circulation et même toute imbibition devenant impossibles à un moment donné, la gangrène se déclare. »

Et Morin, sans les détailler d'ailleurs, signale 12 cas de perforations appendiculaires. Dans certaines épidémies, ajoute-t-il, le vermium semble être le lieu d'élection des ulcérés perforants.

Ce sont là, comme on voit, renseignements fort intéressants, Leudet, en 1871, déclare n'avoir recueilli aucun exemple personnel de perforation limitée à l'appendice iléo-cæcal. Il existe pourtant un fait authentique communiqué à Grisolle par M. Charcellay, de Tours.

Dans le *Compendium de médecine*, MM. Monneret et Fleury, considèrent cette lésion comme plus fréquente. D'après eux, « une altération qu'on oublie bien souvent

de chercher est l'ulcération de l'appendice iléo-cæcal. Telle est cependant l'origine de quelques perforations. » Leudet regrette « que les auteurs du *Compendium* n'aient pas cité ces faits qui, d'après leur description, semblent s'être offerts à eux assez fréquemment ».

Les desiderata des auteurs du *compendium* ne furent malheureusement pas exaucés, et pendant un laps de temps assez long, il semble que la notion de la participation de l'appendice aux lésions typhiques soit totalement absente des esprits ; de nombreuses observations de perforations typhiques, publiées à cette époque, ne font aucune mention de l'appendice, on dirait qu'il n'existe pas. Le plus regrettable est que les auteurs concluent à des péritonites par propagation, alors que leur examen ne semble en aucune façon s'être porté sur les parois de l'appendice.

Murchison, dans son remarquable *Traité de la fièvre typhoïde*, signale la gravité de certaines dothiëntéries, qui s'accompagnent de douleurs abdominales très vives et persistantes, mais il ne fournit de ce fait aucune explication.

La thèse de Gouronnec, de 1881, intitulée « de la typhlite et de la pertyphlite dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde », est remplie de faits intéressants. Bien que le mot d'appendicite n'y paraisse pas, il est manifeste que, dans un grand nombre des cas qui y sont rapportés, c'est de l'appendice qu'il s'agit, et de lui seul. Le mode de début, la nature des symptômes, le siège des lésions,

l'évolution des accidents, tout plaide en cette faveur.

Enfin Gouronnec insiste avec raison sur les complications éloignées que peut créer plus tard, dans l'abdomen, une typhoïde qui fut grave. Il signale des cas de ce genre. Nous ferons à son consciencieux travail un certain nombre d'emprunts.

Dans sa thèse d'agrégation (1883), M. le Professeur Hutinel signale, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, l'apparition possible d'abcès et de phlegmons de la fosse iliaque. L'intestin reste un « *locus minoris resistentiæ* », « dans lequel persistent peut-être encore des ulcérations, et qui conserve, en tout cas, une susceptibilité anormale, qu'expliquent facilement l'étendue et la profondeur des lésions dont il a été le siège ».

Dans le troisième volume de sa clinique médicale, consacré tout entier à la fièvre typhoïde, M. Guéneau de Mussy admet que « la perforation n'est pas rare dans l'appendice cæcal », et explique cette fréquence par la présence des corps étrangers que l'inertie des fibres musculaires ne saurait chasser de la cavité de l'appendice. Il cite, à l'appui de sa théorie, quelques nouvelles observations.

Nous avons enfin recueilli, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, certains détails que nous avons reproduits.

Le reproche que nous adressions à nos devanciers subsiste malheureusement encore : les observations que nous avons compulsées sont trop brèves, et parfois muettes,

en ce qui concerne l'appendice des typhiques. Il serait important que, tant au point de vue clinique, qu'à celui de l'anatomie pathologique, la recherche des lésions de cet organe fût faite, de parti pris. Nous ne doutons pas que de cette façon, la bibliographie de cette question s'enrichirait très rapidement, et que les observations se multiplieraient.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La structure de l'appendice reproduit fort exactement la structure de l'intestin. Les quatre tuniques s'y retrouvent, assez peu modifiées.

La séreuse adhère intimement à la musculaire par quelques faisceaux de tissu conjonctif, qui pénètrent entre les faisceaux musculaires et arrivent jusqu'au plan circulaire.

Les fibres musculaires qui constituent la seconde tunique sont disposées sur deux plans superposés, l'un longitudinal, l'autre circulaire.

La tunique celluleuse n'offre rien de spécial.

La muqueuse doit nous arrêter plus longtemps. Elle est remarquable, en effet, par le développement considérable qu'a pris en ce point l'appareil lymphoïde. Tous les auteurs insistent particulièrement sur cette disposition.

L'appareil lymphoïde est ici formé, selon Poirier, par un nombre considérable de follicules clos, qui, chez

le lapin, plus encore que chez l'homme, se présentent sous la forme d' « une grande plaque de Peyer ».

Chez le nouveau-né, les follicules sont nettement développés, mais petits. Chez les enfants, ils prennent un développement et un volume si considérables qu'ils ne laissent subsister entre eux que des intervalles très étroits.

Cette disposition serrée des follicules se maintient invariable jusque vers l'âge de 20 à 30 ans. A partir de ce moment, ils diminuent de volume et sont moins serrés; leur forme change également, puisque, d'arrondis et de surelevés qu'ils se présentaient dans le jeune âge et chez l'adulte, ils s'aplatissent progressivement, et n'ont plus qu'une hauteur réduite au $\frac{1}{4}$ ou au $\frac{1}{8}$ de ce qu'elle était autrefois.

Mais, ce n'est plus l'âge où la dothientérie frappe les sujets; la fièvre typhoïde est le triste apanage de l'enfance et de l'adolescence, et nous voyons, de par ce court aperçu anatomique, que l'appendice présente à l'infection typhique une prédisposition toute spéciale, due au grand développement de son appareil lymphoïde.

Dans un certain nombre de cas, le cæcum prend lui-même une large part à l'infection typhique; les lésions de l'intestin grêle peuvent être légères, et le gros intestin être largement envahi. On a même rencontré des cas, de jour en jour plus nombreux, où les altérations du gros intestin deviennent la lésion prédominante, et c'est sous le nom de coléotyphus que ces observations ont été

réunies. Il est donc tout naturel que l'appendice prenne dans les envahissements de ce genre, une place primordiale ; mais il est encore permis de se demander si la structure vraiment particulière de l'appendice, si la richesse de sa muqueuse en follicules clos, richesse qui n'existe en nul autre point du gros intestin aussi évidente qu'au niveau de ce diverticulum, ne saurait amener en ce foyer circonscrit, une véritable lésion partielle. Dans une autopsie que nous fîmes récemment, la dernière portion de l'iléon était gravement endommagée, le cæcum ne présentait qu'une ulcération très minime, tandis que l'appendice était profondément ulcéré.

Quoiqu'il en soit, les recherches bibliographiques que nous avons relatées précédemment, nous ont montré que, plus d'une fois, l'appendice avait été trouvé malade au cours d'autopsies de typhiques. Il suffirait d'examiner, dē parti pris, cette région de l'intestin, pour que le nombre de ces découvertes s'accrût rapidement.

Le stade d'infiltration correspond à l'envahissement éberthien. Étudié fort attentivement au niveau de l'intestin, il se retrouve tel au niveau de l'appendice.

Dans un cas qu'il nous a été donné de suivre, et où le sujet succomba, lors d'une rechute, à des phénomènes d'hyperthermie et de collapsus, nous trouvâmes dans l'appendice vermiforme, à côté de deux plaques ulcérées en voie de cicatrisation, des portions rouges, vascularisées, très nettement congestionnées. La seconde fois, comme la première, nous avons été frappé de l'intensité

de la douleur abdominale dans la fosse iliaque droite. Or, l'examen microscopique nous révéla, sur plusieurs de nos coupes, les lésions caractéristiques du stade d'infiltration. Il existait une accumulation de leucocytes dans les organes lymphoïdes et à leur périphérie, les glandes de Lieberkühn étaient séparées par des trainées leucocytiques, les villosités étaient infiltrées ; la lumière des tubes glandulaires, allongés et élargis, était remplie de cellules lymphatiques.

L'intensité de cet envahissement appendiculaire ne saurait-elle expliquer, dans la majorité des cas qui ont été signalés, le cortège symptomatique tout appendiculaire que présente parfois le début de la fièvre typhoïde ? Nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Mais, les lésions ont progressé, et elles atteignent en quelques jours, le stade d'ulcération. Ici, les observations foisonnent.

En dehors des ouvrages classiques ou des Traités spéciaux qui signalent le fait avec plus ou moins de détails, nous rencontrons l'ulcération dans un certain nombre d'autopsies.

Dans l'observation XXX, de Murchison, nous lisons :

« Dans l'appendice vermiculaire se trouvaient quatre ulcérations dans l'une desquelles, à environ un centimètre et demi de l'extrémité, on remarquait deux petites perforations. »

M. Lannois, rapportant, dans la *Revue de Médecine*, un cas observé dans le service de M. le professeur

Lépine, note ce fait, important pour les déductions qu'en tirera M. Tripier, de la présence « d'une petite ulcération longitudinale sur l'une des parois de l'appendice. »

En avril 1899, MM. Huchard et Guéniot publient, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, l'observation d'une femme, morte de péritonite généralisée, à la suite d'une perforation intestinale typhique, et chez laquelle on trouva l'appendice porteur d'une ulcération analogue à celle des plaques de Peyer. L'intestin grêle présente, sur ses 80 ou 90 derniers centimètres, douze ulcérations de plaques de Peyer, de dimensions variées, dont quatre, assez étendues, mesurent plusieurs centimètres de longueur et de largeur. C'est au niveau d'une de ces grandes ulcérations, que siège la perforation.

Rien à noter, disent les auteurs, dans le gros intestin, cæcum et côlons.

Quant à la plaque appendiculaire, « elle est allongée perpendiculairement à l'axe de l'organe, et presque annulaire ; elle a son siège à l'origine du diverticulum, presque immédiatement au-dessous de son abouchement au cæcum. »

Très longuement décrites sont les lésions de l'appendice dans une observation de M. le Dr Letulle, que reproduit Barbe dans sa thèse.

« L'appendice dilaté présente, à cinq centimètres de son extrémité inférieure, une perforation qui ampute l'organe dans la moitié antérieure de sa circonférence. Après ouverture de l'appendice, on peut se rendre

compte des dimensions considérables de cette perforation, à peu près régulièrement arrondie, large de 5 à 6 millimètres dans tous les sens. Au-dessus de la perforation, le reste de la muqueuse appendiculaire paraît tuméfié, hypérémié; à deux centimètres de son orifice existe une première ulcération, bientôt suivie d'une seconde, toutes deux petites, arrondies, larges de 2 ou 3 millimètres. Enfin, au niveau de la pointe de l'appendice, existe un gros follicule clos, très tuméfié, non ulcéré. »

La perforation, tel est en-effet, l'aboutissant que nous trouvons signalé dans plusieurs observations.

Dans l'appendice, comme au niveau de l'intestin, les diverses tuniques peuvent être envahies par les progrès de l'ulcération, et un orifice vient établir la communication entre la cavité de l'appendice et la cavité péritonéale.

Outre les observations signalées plus haut, notons à ce propos le fait de Boutecou, signalé dans *Journal of. Améric. Assoc.*, p. 106, (janvier, 1888): Dans le cours d'une fièvre typhoïde, un homme de 25 ans est pris des douleurs les plus vives dans la fosse iliaque droite. Il est opéré *in extremis*, meurt, et, au milieu d'un épanchement noirâtre épars dans le péritoine, Boutecou trouve *un ulcère perforant de l'appendice iléo-cæcal*. Une seconde perforation existe sur l'iléon, à dix pouces du cæcum.

C'est à la base de l'appendice vermiculaire que siège la perforation, dans un cas de Weir, peut-être imputable à la fièvre typhoïde.

OBSERVATION I. — Weir.

(*N. York Surg. Soc.*, 8 décembre 1886).

Homme de 20 ans, entré à l'hôpital pour des accidents de pérityphlite. Une ponction fait reconnaître dans la fosse iliaque droite de la sérosité purulente. Incision au-dessus du ligament de Poupart. Issue d'une grande quantité de pus. Un examen détaillé fait reconnaître la généralisation de la péritonite.

Laparotomie médiane. On trouve une perforation à la base de l'appendice vermiculaire. On excise l'appendice après ligature. Lavage du péritoine à l'eau chaude.

Insertion de gaze iodoformée dans la fosse iliaque. Double drain. Mort quelques heures après l'opération. *A l'autopsie*, pus dans le péritoine, *gonflement considérable de la rate*.

Les deux observations suivantes de Hoffmann sont détachées de la thèse de Morin.

OBSERVATION II. — Hoffmann.

Dans un cas de gangrène consécutive à la fièvre typhoïde, l'appendice vermiculaire avait été presque complètement détruit et se trouvait réduit à une longueur de deux centimètres, les bords de la solution de continuité étaient de couleur sale, hérissés de lambeaux de tissus mortifiés ; dans le voisinage, la muqueuse était ecchymosée.

OBSERVATION III. — Hoffmann.

Dans un second cas, la gangrène atteignait encore l'appen-

dice vermiculaire. Il n'est plus long que de deux centimètres, les bords de sa terminaison sont frangés, de coloration violette, la paroi est également violacée et extrêmement friable.

La proximité du péritoine nous fait aisément comprendre le retentissement que de telles lésions doivent avoir sur la séreuse. La *péritonite par perforation* ne manque pas, il est facile de le voir, à la suite des lésions appendiculaires. C'est le tableau de la péritonite généralisée que nous offre alors l'examen anatomique. Les anses intestinales, distendues, rosées, couvertes d'arborisations plus ou moins prononcées, laissent apercevoir dans quelques cas (observ. Alexandroff), de petites taches hyperémiques, d'une forme prolongée ou ovale, situées sur la paroi opposée à l'insertion du mésentère : ce sont les traces des ulcérations intestinales. Les anses sont poisseuses, agglutinées entre elles, le liquide plus ou moins abondant consiste en sérosité louche, ou en pus épais et verdâtre. L'odeur est fétide, mais les matières fécales ne s'y rencontrent pas avec la fréquence habituelle à la perforation intestinale. « Le contenu des intestins, dit Murchison, ne s'était pas échappé dans la cavité péritonéale. »

La péritonite par propagation, niée par M. Dieulafoy, mais généralement admise, peut s'expliquer, plus aisément que partout ailleurs, au niveau de l'appendice. Les exulcérations du début rétrécissent encore le calibre du diverticulum, et favorisent l'envahissement péritonéal par le processus éberthien. C'est, quelquefois, sous la

forme de péritonite généralisée, plus souvent sous celle d'abcès péri-appendiculaire, que se manifeste la propagation péritonéale. Nous croyons avoir recueilli quelques faits ayant cette origine.

L'appendicite para-typhoïde, de M. Dieulafoy, ne nous retiendra que peu de temps au point de vue anatomo-pathologique. Si la symptomatologie en est intéressante, et la pathogénie curieuse, l'anatomie pathologique ne présente rien de spécial. L'appendice peut y être légèrement touché, c'est *l'appendicite catarrhale* simple et banale. La perforation peut amener une *péritonite généralisée*, plus ou moins septique, avec toutes ses conséquences, parfois même elle existe, sans cette perforation.

Enfin, dans le plus grand nombre des cas, dit M. Dieulafoy, et c'est également l'impression qui ressort pour nous de la lecture de plusieurs observations, il se forme une *péritonite enkystée*, dont l'anatomie pathologique est bien connue.

Nous aurions terminé ce chapitre, s'il ne nous avait paru intéressant de rapporter ici quelques faits ayant trait à la participation éberthienne d'un diverticule analogue à l'appendice, *le diverticule de Meckel*.

Blanc, dans sa thèse si consciencieuse sur la Pathologie du Diverticule de Meckel, ne néglige pas ce point intéressant de son sujet, et écrit :

« Là où l'influence des lésions iléales sur l'état du diverticule est indéniable, c'est dans les affections aiguës

intestinales, en particulier dans la fièvre typhoïde ; témoin les deux cas suivants : »

OBSERVATION IV. — (Chauffard, *Société Anatomique*, 1879).

Sur une enfant de 9 ans, morte de fièvre typhoïde compliquée de diphtérie, on trouve un diverticule de Meckel, cylindrique, en doigt de gant, libre et sans adhérences. Mais, à sa partie moyenne, se trouve une plaque de Peyer, très tuméfiée, mais sans ulcération, comme on l'observe du reste, le plus souvent, chez les enfants.

OBSERVATION V. — (J.-H. Galton, *Trans, of the Path. Soc.*, Londres, 1872).

*Perforation d'un diverticule de Meckel au cours d'une
fièvre typhoïde.*

Enfant de 12 ans, atteint de fièvre typhoïde de moyenne intensité au 18^e jour environ. A l'autopsie de cet enfant, mort de péritonite par perforation, on trouva deux perforations : l'une siégeait sur l'intestin, l'autre occupait l'extrémité d'un diverticule de Meckel long d'un pouce et demi. La perforation se trouvait au niveau d'une plaque de Peyer.

Dans les *Bulletins de la Société anatomique* de juillet 1876, nous voyons rapporté un fait analogue, mais dans lequel la fièvre typhoïde peut être discutée. Les plaques de Peyer étaient seulement un peu saillantes, l'orifice par où s'écoulaient les matières intestinales occupait le sommet d'un diverticulum, long de 7 centimètres, large

de 1 centimètre, et situé sur la paroi de l'iléon à 15 centimètres environ du cæcum.

A ces observations, nous joindrons enfin ces quelques lignes, détachées de la *Revue générale de Pathologie interne* (5 juillet 1899).

OBSERVATION VI. — *Ulcération du diverticule.*

Jeune homme de 19 ans, mort au 3^e septénaire de la fièvre typhoïde, avec hémorrhagies de toutes les muqueuses. L'ulcération du diverticule de Meckel était caractéristique ; elle avait deux centimètres de diamètre.

Il nous suffit de signaler ces faits. Il est aisé de comprendre quelle valeur ont de telles découvertes anatomiques au point de vue pronostique et thérapeutique.

CLASSIFICATION ET PATHOGÉNIE.

« D'après les travaux que j'ai compulsés et d'après les faits que j'ai observés, écrit M. Dieulafoy, l'appendice cæcal peut subir, de deux façons, les atteintes du processus typhoïde.

Dans une première catégorie de faits, je place la perforation de l'appendice, consécutive à l'ulcération typhoïde du tissu lymphoïde, si abondant dans cet organe... Dans une autre catégorie de faits, qui ne me paraissent pas avoir été suffisamment étudiés jusqu'ici, il s'agit, non de perforation typhoïde appendiculaire, comparable aux perforations typhoïdes de l'intestin, mais il s'agit, c'est du moins mon opinion, d'une appendicite, au vrai sens du mot, appendicite pouvant évoluer avec ses modalités diverses et avec toutes ses conséquences, comme une appendicite banale et vulgaire. »

Nous suivrons à peu près exactement, dans la description des symptômes et la classification des faits, l'ordre qu'établit ainsi M. Dieulafoy.

Les lésions appendiculaires d'ordre typhique proprement dit, nous occuperont tout d'abord. Nous signalerons ces faits, relatés par les meilleurs observateurs, de localisation douloureuse au niveau de l'appendice, de vomissements, d'hyperesthésie de la paroi, survenant au début de la dothiéntérie, et constituant, pour ainsi dire, une forme appendiculaire de la fièvre typhoïde. Ce sont, à notre sens, nous l'avons déjà dit, des poussées congestives intenses au niveau de l'appendice, lors du stade d'infiltration.

La perforation est signalée dans plusieurs observations ; nous tenterons de dégager de ces faits une symptomatologie, quelque peu particulière à cet accident mal connu.

La péritonite par propagation, survenant en pleine dothiéntérie, sous la forme d'abcès enkysté, et que nous trouvons rapportée dans des observations anciennes déjà, nous a paru plusieurs fois attribuable à des lésions de l'appendice ; il est vrai que l'examen de cet organe manque dans la plupart de ces observations et que M. Dieulafoy a peut-être raison de soutenir que ce sont là des perforations appendiculaires inaperçues. Certains faits semblent favorables toutefois à la théorie de la péritonite par propagation, et, en tout cas, il nous a semblé que si cette pathogénie devait être conservée pour quelque point de l'intestin, c'était assurément pour cet organe, facilement converti en cavité close, et entouré de péritoine.

L'appendicite para-typhoïde peut susciter, au point de vue pathogénique, diverses théories.

« Ces appendicites sont la conséquence et le reliquat des lésions lymphoïdes de la fièvre typhoïde. ». Ainsi s'exprime M. Dieulafoy, dans sa communication à l'Académie. La présence de ces exsudats, le rétrécissement si facile à produire de ce diverticule d'un calibre déjà si réduit, la virulence que peut prendre en cavité close le bacille d'Eberth, dont la transformation en microbe pyogène est aujourd'hui nettement admise, l'adjonction, lors de la convalescence, de microbes pyogènes proprement dits (staphylocoques, streptocoques, etc.), qui sont susceptibles de frapper l'appendice déjà malade, expliquent, en effet, très suffisamment, la complication qui nous occupe.

« Il faut compter, chez le convalescent de la fièvre typhoïde, dit M. Hutinel, avec un intestin mal cicatrisé dans lequel peuvent persister des ulcérations, et qui conserve, en tout cas, une susceptibilité anormale. »

Gouronnec et Guéneau de Mussy insistent complaisamment sur la pathogénie des lésions diverticulaires dans la convalescence.

« Dans la convalescence, le gros intestin, fréquemment atteint par la dothiéntérie, dit Gouronnec, est un réservoir pour matières fécales incapable, de par l'état de ses lésions, d'empêcher ces matières de séjourner et d'irriter la muqueuse déjà malade. *Les matières fécales*, jouant le rôle de corps étranger, déterminent l'ulcéra-

tion par pression. Il peut y avoir de véritables mortifications de la paroi intestinale. »

M. Guéneau de Mussy est encore plus explicite :

« La perforation n'est pas rare dans l'appendice caecal ; elle y est souvent déterminée par *des corps étrangers* qui s'y sont engagés et qui perforent mécaniquement la paroi interne, ou, l'irritant par leur contact prolongé, y déterminent une inflammation ulcéreuse. *J'ai observé trois fois* ce mode de production de la perforation ; elle était due une fois à un pépin d'orange, et une autre fois à une graine de melon. »

Et, plus loin :

« On comprend combien de circonstances favorisent cet accident : l'appendice qu'on peut considérer comme une glande située à l'intérieur de son conduit excréteur, est souvent ulcéré dans presque toute sa surface ; la tunique musculuse, qui fait la paroi de l'ulcère, est paralysée et, par conséquent, inapte à repousser dans l'intestin le corps étranger qui s'est insinué dans cet étroit canal : alors, il y reste engagé. »

Dans une théorie, les matières fécales, dans l'autre, les corps étrangers, expliquent les accidents. N'est-ce pas là, à peu près, la théorie de M. Talamon, et les lésions antérieures de la fièvre typhoïde n'expliquent-elles pas, d'une façon satisfaisante pour l'esprit, la production de l'appendicite dans ce cas particulier ?

Enfin, la convalescence de la fièvre typhoïde est parfois traversée par des *entérites*, qui peuvent prendre

leur part dans la pathogénie des accidents. Certaines entérites, qui ne s'accompagnent pas de fièvre et ne doivent, par conséquent, pas rentrer dans les rechutes de l'affection, surviennent pendant la convalescence, la prolongent et anémient encore les sujets. Cette complication pourrait peut-être exercer aussi une action favorable au développement de l'appendicite.

Quelle que soit cette pathogénie, il semble évident que, dans le cours de la convalescence la fièvre peut s'élever soudain, la douleur abdominale apparaître, l'abcès péri-cæcal se constituer. Aux observations de M. Dieulafoy nous en joindrons quelques-unes qui nous paraissent rentrer dans le cadre de l'appendicite para-typhoïde.

SYMPTOMATOLOGIE

A) LÉSIONS APPENDICULAIRES TYPHIQUES

I. *Début*. — Sous ce titre : « La fièvre typhoïde début brusque simulant l'appendicite », M. le Dr Moizard rapporte, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* du 10 juillet 1899, les observations suivantes :

OBSERVATION VII.

« Il y a quelques semaines on amenait dans mon service à l'hôpital des Enfants-Malades, une fillette de douze ans, dont l'histoire clinique était des plus intéressante. Bien portante habituellement, nerveuse et fille de nerveuse, cette enfant avait été prise, dix jours auparavant, et très brusquement, de fièvre intense, de vomissements répétés, et d'une douleur très violente dans la fosse iliaque droite. Pendant les premiers jours, la douleur de ventre avait été si violente, sa localisation au point de Mac-Burney si nette, que la possibilité d'une appendicite avait été discutée et admise pendant quelques heures. L'intensité de la fièvre, l'état général moins mauvais qu'il

n'aurait dû l'être avec des symptômes aussi intenses, le peu de défense de la paroi abdominale, légitimaient une hésitation que venait lever au huitième jour, l'apparition des taches rosées lenticulaires. Quand la malade fut amenée dans mon service, au dixième jour de la maladie, la question d'appendicite ne se posait même plus, et je fus étonné de voir, aussi complètement, aussi définitivement calmé, un orage dont des renseignements très précis m'apprenaient l'intensité. Tout était fini en effet, je me trouvais en présence d'une fièvre typhoïde banale qui a, du reste, évolué d'une façon tout à fait normale ».

OBSERVATION VIII.

Dans un autre fait, observé par moi, dit M. Moizard, je fis pendant quelques jours une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'un garçon de 14 ans qui, en pleine santé, avait été pris brusquement de vomissements, de douleurs de ventre très intenses et d'une fièvre violente. Quand je le vis, la douleur était si nettement localisée au niveau du point de Mac-Burney que, malgré le peu d'intensité de la défense musculaire, à la palpation de la fosse iliaque droite, j'admis l'existence d'une appendicite.

Au bout de quelques jours, les symptômes typhiques s'accrochèrent, la douleur de ventre s'atténua, et je dus réformer mon premier diagnostic, et reconnaître une fièvre typhoïde qui, du reste, évolua normalement.

OBSERVATION IX.

Je connais un fait où la méprise fut plus complète, puisqu'elle amena une intervention chirurgicale. La laparotomie montra l'intégrité de l'appendice enlevé au début d'une fièvre typhoïde.

OBSERVATION X.

(*Traité de Chirurgie. — Article Appendicite*).

Merklen et Jalaguier.

Il s'agit d'un enfant qui, au cinquième jour de la fièvre typhoïde, présentait une localisation douloureuse si nette au point de Mac-Burney, que la première opinion de nos collègues fut qu'il s'agissait d'une appendicite. Au bout de quelques jours, le diagnostic de fièvre typhoïde fut évident.

OBSERVATION XI.

(*Kirkbride, cité par Talamon*).

Il s'agit d'un jeune garçon qui fut pris brusquement de fièvre, de douleurs abdominales et de constipation. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde. Mais la douleur et la sensibilité du ventre à la pression augmentant, la constipation persistant, le cinquième jour surviennent des vomissements fréquents; le diagnostic d'appendicite avec obstruction intestinale est porté par deux médecins et un chirurgien.

Au septième jour, le docteur Kirkbride est appelé. La température était alors à 37°5, le pouls à 130, la respiration à 36.

Le petit malade vomissait tout ce qu'il prenait, et avait des vomissements fécaloïdes.

Après une injection de morphine, puis de strychnine, un lavement purgatif, et plusieurs doses de sulfate de magnésie, administrées d'heure en heure, une débâcle survint, et à partir de ce moment, la fièvre typhoïde reprit son cours régulier.

Il est impossible de trouver réunies plus de difficultés d'interprétation que dans cette observation.

Et M. le Dr Moizard ajoute : « Il est donc très important de se rappeler qu'il y a des cas, très rares, il est vrai, dans lesquels la fièvre typhoïde peut débiter brusquement, avec des vomissements plus ou moins abondants, plus ou moins répétés, accompagnés de douleurs si intenses dans la fosse iliaque droite, et si nettement limitées au niveau du point de Mac-Burney, que le diagnostic d'appendicite peut paraître s'imposer pendant quelques jours, et que des médecins et des chirurgiens expérimentés ont pu commettre, en pareil cas, l'erreur de pratiquer la laparotomie ».

A ces observations, nous pouvons joindre les suivantes :

OBSERVATION XII. (*Personnelle*).

Une malade, actuellement encore en traitement dans le service de M. le Dr Le Gendre, à l'hôpital Tenon, est entrée le 10 octobre avec vomissements, constipation opiniâtre, ballonnement du ventre, et douleur prédominante dans la fosse iliaque droite, *au point de Mac-Burney*. Température : 39°2.

Mais la courbature était très accentuée, et la céphalalgie tenace. Malgré les signes d'appendicite, il y avait donc lieu de songer à la fièvre typhoïde; le séro-diagnostic fut négatif, ce qui ne put dissiper les doutes. Mais, quarante-huit heures après, la douleur s'atténua dans la fosse iliaque droite, et apparut au contraire très vive dans la fosse iliaque gauche. L'état général devint plutôt typhique, la diarrhée se montra, et bientôt le séro-diagnostic fut positif. La maladie marcha lentement vers la convalescence, et, vers le 12 novembre, la température était à 37°, et l'appétit se faisait sentir.

Le 15 novembre, la température remonta progressivement jusqu'à 39°5, où elle se tenait encore le 20 novembre, et, en même temps que cette ascension thermique, la malade *présenta de nouveau une douleur vite à droite, avec prédominance au point appendiculaire* et tendance aux nausées.

Cet état local dura deux jours, puis les taches rosées apparurent de nouveau, et l'on assista à l'évolution classique d'une rechute.

Cette coexistence de la douleur appendiculaire, au début de la dothiéntérie, puis, au début de la rechute, nous a paru mériter d'être rapportée.

OBSERVATION XIII. — Obligeamment communiquée par
M. Lœper, interne des Hôpitaux.

Marie V..., 20 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Magendie, pour une douleur abdominale siégant dans l'hypocondre droit.

Cette douleur très nettement localisée au point de Mac Burney, a débuté brusquement il y a dix heures. Elle s'accompagne de constipation opiniâtre, de quelques nausées et d'un certain signe de ballonnement. Il n'existe pas de matité ni d'empatement dans la région cœcale.

La langue est recouverte d'un enduit crémeux assez épais.

La céphalée est nulle. Pas de délire, pas de matité splénique appréciable.

La température est à 39.5 et le pouls à 110.

Bien que la malade indique une période d'affaiblissement, de douleurs vagues abdominales, et d'anorexie de quatre jours avant l'apparition de la douleur cœcale, on porte le diagnostic d'appendicite réservant le diagnostic de fièvre typhoïde.

Mon collègue Chifoliau vit la malade le jour même et malgré

la douleur bien localisée pencha vers la dothiénenterie. L'intervention fut en tous cas retardée,

La séroréaction fut négative le deuxième jour, mais les signes locaux s'amendèrent, la douleur abdominale devint diffuse, l'insomnie tenace, le pouls nettement dicrote et la rate perceptible avec une matité de 6 centimètres.

Toute hésitation fut d'ailleurs levée par l'épreuve de Widal qui fut positive au 1/40 le sixième jour.

A aucun moment de la maladie qui évolua normalement, la douleur ne reparut au point de Mac Burney et la guérison fut complète le trentième jour.

OBSERVATION XIV. — Obligeamment communiquée par
M. Chifoliau, interne des Hôpitaux,

X..., 24 ans, entre à l'hôpital militaire de Vincennes, à la fin de juillet, avec le diagnostic : appendicite aiguë.

Le début semble avoir été brusque, marqué par une douleur très vive dans la fosse iliaque droite. Pourtant, par un interrogatoire serré, on relève dans les quelques jours qui ont précédé la période de douleur aiguë, des troubles digestifs vagues, la perte de l'appétit, une petite epistaxis, de « la lourdeur de tête », et de la fatigue générale.

A son entrée, le malade avait 39° de température, de la constipation, la douleur de la fosse iliaque était un peu diffuse avec maximum au point de Mac Burney ; quelques gargouillements dans cette région.

Le 31 juillet, la température était au voisinage de 39°, avec rémission matinale de 1/2 degré ; facies amaigri, un peu typhique. Pouls à 100. Douleur persistante au point de Mac Burney, mais sans défense musculaire. Cæcum dilaté et gargouillant. Léger tympanisme abdominal ; à la base du thorax, petites taches s'effaçant à la pression. Rate, à la percussion, augmentée de volume et douloureuse.

A l'auscultation des deux bases, quelques râles de bronchite et de petits frottements.

Depuis deux jours, à la suite d'un purgatif, deux ou trois selles molles, mais non liquides.

Dans les jours suivants, la température, après s'être tenue au voisinage de 39° avec rémissions matinales faibles, oscille de plus en plus, et s'abaisse à 37°5 le matin. Le tympanisme s'accuse : la douleur appendiculaire est moins vive.

Plusieurs selles par jour.

Le 5 août, on prend du sang pour faire le séro-diagnostic. Par suite d'un retard dans la transmission des tubes, on n'a le résultat qu'au 15 août, résultat positif.

A ce moment, le malade est entré en convalescence ; la douleur appendiculaire a presque complètement disparu.

En somme, typhoïde atténuée à évolution régulière, qui semble avoir débuté par une appendicite. L'appendicite a suivi la même évolution que la maladie générale, commençant et se terminant avec elle.

Mais on imagine aisément que si les lésions appendiculaires avaient évolué rapidement vers la perforation, et la suppuration, la typhoïde aurait pu rester méconnue.

Cette série d'observations nous montre des faits à peu près analogues ; il s'agit, dans tous les cas que nous venons d'énumérer, de fièvres typhoïdes, parfois soupçonnées, le plus souvent méconnues pendant les premiers jours, et débutant avec un appareil symptomatique bien spécial : la fièvre s'élève brusquement, parfois accompagnée de frissons, les vomissements ouvrent la scène, pendant que, du côté de l'abdomen, la douleur est immédiatement des plus vives et nettement localisée au siège de l'appendice. C'est cet organe que l'on incrimine.

miême donc tout d'abord, et l'on surveille la marche de cette appendicite; quand soudain, après vingt-quatre heures, quarante-huit heures quelquefois, les phénomènes appendiculaires rétrocedent et cèdent la place aux diverses manifestations typhiques. Quelquefois pourtant, comme dans l'observation XIV, ou dans celle de M. le docteur Guinard, que nous reproduirons tout à l'heure, les phénomènes persistent avec la même intensité pendant quelques jours encore, et revêtent un caractère assez grave pour provoquer l'intervention.

M. le Dr Moizard s'efforce dans sa communication, d'établir les caractères distincts de ces deux affections, quand l'appendicite et la fièvre typhoïde débutent de manière analogue. Il cherche à interpréter aussi ces accidents si curieux.

Son opinion est celle de Trousseau qui les attribuait « à l'intensité de la fluxion intestinale et péritonéale autour des lésions prédominant au niveau de la fosse iliaque droite, au début de la fièvre typhoïde ». Il y aurait, chez des sujets nerveux, écrit M. Moizard, une impressionnabilité péritonéale exagérée au processus morbide qui s'élabore dans l'intimité de la paroi ». Et l'auteur, bien qu'il reconnaisse comme très rationnel d'admettre, dans la fièvre typhoïde, des lésions éberthiennes de la muqueuse de l'appendice, comme de la muqueuse de l'iléon, pense que la courte durée des accidents, leur disparition complète et sans retour dans le cours de la maladie, sont défavorables à cette théorie.

Nous pensons que ces deux arguments ne sauraient faire rejeter les lésions de l'appendice, après les faits aujourd'hui signalés par nombre d'auteurs, de crises appendiculaires fugaces, susceptibles de survenir dans les divers états infectieux. Les fièvres éruptives, la grippe elle-même, ne sont-elles pas capables de déterminer, au niveau de l'appendice, des douleurs et un état général qui peuvent ne pas persister? Nous avons vu d'autre part, que cette poussée appendiculaire ne régressait pas toujours, et que son évolution pouvait se prolonger.

L'anatomie pathologique nous a prouvé de plus, dans un cas où cette douleur avait été des plus caractéristiques, la participation intense du vermium aux stades d'ulcération et d'infiltration.

Enfin, l'observation suivante, que nous devons à la grande amabilité de M. le Dr Guinard, nous est une manifestation très éclatante de la part primordiale que peut prendre l'appendice, dès le début de la typhoïde, dans la marche des symptômes, et de l'état général que la congestion appendiculaire est susceptible de provoquer.

OBSERVATION XV.

Appendicite fruste prise pour une affection gastrique.

Fièvre typhoïde anormale révélée par le séro-diagnostic.
Observation inédite due à l'amabilité du Dr Guinard.

Une jeune fille de 21 ans nommée D... entre le 15 novembre

1897 à l'hôpital Lariboisière salle Elisa Roy dans le service de M. Peyrot. Cette malade a eu des antécédents gastriques. Depuis deux ans elle a, dit-elle, une « Ulcération de l'estomac » qui s'est manifestée par des douleurs gastriques violentes après les repas. A la suite d'un vomissement très copieux de sang noir, elle est entrée à l'hôpital Tenon où elle a été soignée par M. Talamon avec des lavements de peptone, au régime lacté et à l'eau de Vichy. Depuis ce temps-là son état s'est notablement amélioré. Vers le premier novembre, elle a été prise après déjeuner d'un malaise subit suivi de vomissements verdâtres et de fièvre. Quelques heures après tout le ventre était douloureux au point qu'étant sortie, elle fut obligée de prendre une voiture pour rentrer chez elle. Un médecin appelé ordonna de la glace sur le ventre et à l'intérieur. La malade eut alors quelques selles diarrhéiques puis une constipation opiniâtre. Depuis ce jour les douleurs n'ont jamais cessé complètement, elles surviennent par crises avec des intervalles de repos. Quand la malade essaie de prendre quelque chose les douleurs s'exacerbent. Elles siègent surtout dans la fosse iliaque droite et particulièrement dans la région pré-gastrique. Le point de Mac-Burney est moins douloureux à la pression que la région pylorique. L'innappétence est complète avec dégoût marqué pour la viande. La malade est un peu pâle, mais l'état général ne semble cependant pas mauvais. Dans la nuit du 11 au 12 décembre, crise d'étouffement très prononcée et bien que la malade n'eut rien mangé elle commence à vomir un liquide jaunâtre, bilieux très abondant et les douleurs gastriques et iliaques augmentent notablement.

Le 12 décembre la température monte à 39° 6. Pensant à quelques lésions stomacales, MM. Peyrot et Guinard se décident à une laparotomie. Une incision médiane sus-ombilicale (15 décembre) permet d'explorer l'estomac et de s'assurer qu'à part une légère induration profonde du côté du pylore, il ne présente rien d'anormal. Les signes d'infection péritonéale doivent donc venir d'une autre source. On referme alors l'inci-

sion sus-ombilicale pour immédiatement pratiquer l'incision de Roux au-dessus de l'épine iliaque droite.

Il est aisé de voir que c'est l'appendice qui en est cause. On en fait la résection et à la coupe on ne trouve comme lésion macroscopique qu'un piqueté rouge de la muqueuse avec quelques points noirs épars rappelant les plaques rasées de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

Les jours suivants la température remontant à 38°, on examine les sutures et on est surpris de voir que les deux incisions pré-gastrique et iliaque suppurent abondamment. On est obligé de faire sauter tous les points de suture et de faire un pansement humide. La malade guérit très bien, mais cependant au moment de sa sortie qui eut lieu le 30 janvier 1898 les plaies n'étaient pas encore complètement cicatrisées.

« J'avais déjà, ajoute M. Guinard, l'esprit attiré sur cette coexistence de l'appendicite avec la fièvre typhoïde, aussi, priai-je un externe de mon ami Widal de venir faire l'examen du sang et à notre grande surprise, M. Widal nous fit répondre que le séro-diagnostic ne pouvait laisser aucun doute dans ce cas particulier. »

Il s'agissait donc d'une fièvre typhoïde de forme anormale avec infection particulièrement virulente des parois de l'appendice.

II *Etat.* — La période d'état de la dothiéntérie se caractérise par les ulcérations, susceptibles elles-mêmes de se perforer.

Ulcérations et perforations appendiculaires se rencontrent avec des complications diverses.

Les observations que nous publions ci-dessous, et dont quelques-unes sont déjà fort anciennes, ne sont pas

toutes, nous devons le reconnaître, également concluantes. La notion de l'appendice manque manifestement dans quelques-unes, mais le siège des lésions, la symptomatologie si expressive de l'appendicite, la présence constatée d'un abcès péri-cæcal, les phénomènes généraux concomitants, nous ont fait réunir dans un même groupe les faits que voici : a) *péritonites enkystées*.

OBSERVATION XVI. — Malespine, *Archives générales de médecine*, 1841.

Un enfant, âgé de huit ans, est amené à l'hôpital, souffrant depuis quelques jours d'une vive douleur vers la région du pubis. Croyant à la présence d'un calcul, on sonde l'enfant une fois, puis une seconde. Ceci se passait dans les premiers jours de juillet.

Le 24 juillet, face pâle et altérée, langue sèche et fuligineuse, ventre sensible à la palpation légère. Le 25 juillet, ventre météorisé, très sensible, avec fluctuation manifeste, lèvres et dents fuligineuses. Pas de selles.

26 juillet. Extrémités froides. Mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de pus phlegmoneux, les circonvolutions intestinales sont recouvertes de fausses membranes. En *explorant la région cæcale*, on voit manifestement une tumeur prenant naissance sur le cæcum, et plongeant dans l'excavation pelvienne, où elle est recouverte par le pus que contient cette région.

Cette tumeur est formée *par l'appendice vermiculaire dilaté* et constituant une poche purulente. *Sa cavité est criblée d'ulcérations*. Muqueuse gangrénée. La surface interne de l'intestin grêle est injectée, ses cryptes agminés et solitaires sont très **SAILLANTS**. Quelques plaques de Peyer sont rouges, tuméfiées.

OBSERVATION XVII. — Monneret, *Gaz. Hop.*, 1842.

Infiltration purulente dans une petite étendue du tissu cellulaire qui entoure le cæcum. — Péritonite adhésive tout autour de ce foyer purulent.

Ouvrier doreur, âgé de 23 ans. Il entre à l'hôpital pour se soigner d'un tremblement mercuriel dont il est affecté depuis plusieurs mois.

A peine guéri, il est atteint d'une fièvre typhoïde, avec céphalalgie, épistaxis, fièvre, courbature et diarrhée.

Cette maladie suivait son cours normal, *lorsque le vingtième jour* le malade se plaint d'une douleur violente occupant tout le côté droit du ventre, mais surtout la fosse iliaque droite.

La pression y était douloureuse, et déterminait une contraction énergique des muscles de la paroi abdominale.

Le lendemain, la douleur alla en augmentant. Ventouses, cataplasmes. *La douleur cède, mais l'état général s'aggrave*, le ventre se rétracte, quoique devenu indolent.

Il survient des vomissements qui durent pendant quatre jours.

Le malade allait un peu mieux, quand survinrent des complications du côté du poulmon et du cerveau. Mort.

Autopsie. — *Poumons* congestionnés.

Abdomen. — Intestin grêle, éruption confluyente de toutes les glandes de Brünner; dans la dernière portion de l'iléon, on trouve des plaques de Peyer hypertrophiées.

Cæcum. — Follicules clos saillants et augmentés de volume.

Pas d'ulcération ni de perforation.

OBSERVATION XVIII. — *Bulletin de la Soc. Anat.*, août 1866.

Pérityphlite suppurée. — Prodromes typhoïdes.

X., âgé de dix-sept ans, entre à l'hôpital de la Charité le 8 août 1866, salle Saint-Michel, N° 4.

Il est malade depuis six jours : céphalalgie intense, malaise et courbatures ; l'inappétence est complète ; nausées fréquentes. Peu de diarrhée. Le ventre n'est pas tendu ; la pression épigastrique éveille une légère douleur. Aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée, dans la fosse iliaque droite. Il n'y a pas eu d'épistaxis. La peau est chaude, le pouls a 108. Abattement, prostration.

Diagnostic : *Fièvre typhoïde.*

Les jours suivants, la diarrhée s'établit ; mais les taches rosées n'apparaissent pas. La fièvre diminue, l'abattement est moindre, lorsque, le 14 août, la fièvre se rallume, et le malade accuse pour la première fois une douleur vive, surtout à la palpation, et siégeant dans la fosse iliaque droite. On constate en cet endroit un empatement, qui devient, les jours suivants, de la tuméfaction très évidente. Durant sept ou huit jours, les douleurs persistent intenses, et la fièvre ne cesse pas. La diarrhée avait fait place à de la constipation ; elle reparait le 22 août. Le malade commence à souffrir moins et son état général à s'améliorer, lorsqu'il est pris de choléra le 25 août. Vomissements et diarrhées incoercibles ; algidité extrême ; température de l'aisselle, 36°

Il meurt le 28.

Autopsie. — Entre le cæcum et les fibres du muscle iliaque, se trouve une poche purulente contenant très peu de pus, du volume d'une petite pomme, communiquant avec la cavité de l'intestin par une ouverture située sur la partie postérieure de la face externe du cæcum.

Cette perforation, ronde de sept à huit millimètres de diamètre, n'est pas située au fond d'une plaque de Peyer ulcérée ; la muqueuse cæcale, autour d'elle, est rouge et injectée, mais elle n'est nullement désorganisée. La perforation s'est donc faite de dehors en dedans, *et la poche purulente n'est pas une cavité de péritonite enkystée à la suite de perforation intestinale.*

Toute la muqueuse du cæcum et de l'iléon est injectée ; elle présente de la psorentérie en abondance ; on y voit, de plus, quatre ou cinq plaques de Peyer, très-hypertrophiées, mais n'ayant encore subi aucun travail de destruction, et telles qu'on les trouve au huitième ou au dixième jour de la fièvre typhoïde. L'état de ces plaques ne permet pas de supposer, comme on l'avait fait pendant la vie, un phlegmon peri-cæcal survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde, qui, si elle avait existé, serait au vingt-cinquième jour.

Il s'agit ici d'une pérityphlite primitive, précédée de symptômes typhoïdes, et c'est peut-être à cet état du début qu'il faut rapporter l'hypertrophie simple des plaques de Peyer.

Que l'on adopte cette opinion, ou que l'on rapporte la lésion des plaques au choléra, qui a terminé la scène, il ne ressort pas moins de ce fait qu'un phlegmon iliaque peut être précédé d'une série de symptômes simulant une fièvre continue et existant seuls pendant plus de douze jours, avant qu'apparaisse aucun symptôme local.

OBSERVATION XIX. — Murchison (Traité de la fièvre typhoïde).

*Fièvre typhoïde. — Péritonite aiguë le dix-huitième jour. —
Abscessus péritonéal s'ouvrant dans l'intestin.*

Rose T..., âgée de 25 ans, fut admise au Fever Hospital,

le 10 novembre 1865, atteinte d'une fièvre typhoïde, *Le dix-huitième jour de la maladie*, elle fut prise de douleurs aiguës de l'abdomen, qui était très distendu, sensible et constipé ; à ces symptômes vint s'ajouter une extrême prostration. Prescription : opium.

Le vingt-neuvième jour, un gonflement douloureux parut dans la région iliaque droite, et augmenta jusqu'au quarante-septième jour ; les symptômes de la péritonite apparurent alors de nouveau, quoique moins graves, augmentant et diminuant tour à tour jusqu'au soixante-treizième jour. A cette époque, la malade perdit une grande quantité de pus et de sang par l'anus, et le gonflement disparut. La malade guérit, et put quitter l'hôpital à la fin de janvier 1866.

OBSERVATION XX.

Fièvre typhoïde. — Péritonite aiguë. — Abscess péritonéal s'ouvrant dans l'intestin.

Marie S..., âgée de 32 ans, fut admise au Midlesex-Hospital, dans le service de M. H. Thompson, le 14 octobre 1861, souffrant d'une fièvre typhoïde, *pendant laquelle* elle présenta les symptômes d'une péritonite aiguë, suivie de la formation d'un abcès à la partie inférieure de l'abdomen. Au bout de quelques mois, une grande quantité de pus passa par l'anus, et la malade se remit lentement ; elle garda le lit pendant neuf mois.

Telles sont les observations de péritonites enkystées que nous avons recueillies. Leur symptomatologie est à peu près invariable. Du 10^e au 20^e jour, soit en pleine infection, soit au moment où les phénomènes commencent à s'amender, où l'abattement est moindre, le facies

moins hébété, le malade accuse brusquement une douleur de la fosse iliaque droite, l'état général est mauvais d'emblée, les vomissements apparaissent. Puis, ces symptômes s'atténuent, mais la fosse iliaque droite reste douloureuse, la fluctuation apparaît, l'abcès est évident, et l'on trouve à l'autopsie, soit la tumeur encore enkystée, soit la généralisation produite. Le malade est mort d'infection septique, ou de péritonite généralisée.

b) *Perforations et péritonites généralisées.*—Nous avons montré que, plus souvent qu'on ne le pensait, l'appendice vermiculaire pouvait être perforé par l'ulcération envahissante d'une plaque de Peyer.

Les symptômes de cette perforation appendiculaire, tels qu'ils ressortent de la lecture des observations jusqu'ici publiées, rappellent assez exactement les symptômes de la perforation intestinale.

Dans un cas (Observ. Murchison), c'est à la suite d'une hémorrhagie intestinale que les accidents semblent s'être produits; le collapsus, sans doute intense, dans lequel était plongé le sujet, fait que le début exact reste indéterminé.

Dans les autres cas, il s'agit d'un typhique dont l'affection évolue normalement, et qui présente soudain les signes classiques de la perforation.

Dans une longue observation d'Alexandroff nous lisons que, *pendant la nuit*, apparaissent des *vomissements abondants et répétés*; le *pouls*, jusqu'alors plein, tombe *subitement*, de *violentes douleurs de ventre* apparais-

sent, puis le pouls s'accélère, l'état général s'aggrave, le ventre est très sensible à la pression, la respiration devient fréquente et superficielle, la température s'élève à 40°. — Le diagnostic de perforation intestinale est posé, et l'intervention montre qu'il s'agit de l'appendice.

Dans l'observation de M. le Dr Letulle, le tableau est presque identique ; c'est également la nuit que débute la perforation sous forme de *frisson* violent. Le *facies* est vite abattu, le ventre rapidement douloureux et ballonné, la *dépression des forces* est soudaine, la mort survient 24 heures après.

Il y a donc analogie frappante entre la perforation de l'appendice et celle de l'intestin ; l'*hyperthermie* est signalée dans les deux observations (40° dans la première, 38°6 dans la seconde), mais n'y a-t-il pas eu, au moment précis de la perforation, une hypothermie, qui n'a pas été signalée ? En tout cas, la température s'est fort peu de temps abaissée, moins longtemps peut-être que dans la perforation intestinale.

Les observateurs précédents ne pensaient pas d'ailleurs à la perforation de l'appendice. Peut-être eût-il été possible, pour un esprit prévenu, de localiser attentivement la douleur, et de vérifier soigneusement le point de Mac Burney. C'est un signe qu'il serait peut-être possible de rencontrer, et qu'il est, il nous semble, fort légitime de chercher, le cas échéant.

OBSERVATION XXI. — Murchison.

Fièvre typhoïde. — Hémorrhagie intestinale profuse. — Perforation de l'appendice vermiculaire vers le vingt-huitième jour.

Marie-Anne B..., âgée de 13 ans, admise au London Fener Hospital, le 11 septembre 1865. Elle avait les idées confuses, et ne pouvait pas dire depuis combien de temps elle était malade. Peau chaude, plusieurs taches roses typiques sur l'abdomen ; pouls 120, petit et faible ; langue humide et brune au centre, diarrhée, abdomen sensible et tympanique. *Jusqu'au 16 septembre*, des taches nouvelles furent notées tous les jours, mais à partir de cette date, elles disparurent. Pendant les cinq jours qui suivirent le 14 septembre, elle refusa obstinément de prendre aucune boisson, et fut soutenue par des lavements de thé, de bœuf et d'eau-de-vie. La langue devint sèche et brune, le pouls monta de 120 à 144 ; la toux commença le 16 septembre, et l'on entendait des râles humides sur toute l'étendue des poumons ; l'abdomen continua à être distendu et sensible, et la diarrhée persista. Les selles étaient couleur d'ocre ; il n'y avait pas de sang ; mais dans la nuit du 23 septembre, il y eut quatre évacuations très copieuses où il n'y avait pour ainsi dire que du sang.

L'hémorrhagie fut arrêtée par de fortes doses d'acide gallique et d'opium ; mais quoique antérieurement, pendant quatre jours, son état général eût été plus satisfaisant, et que l'on pût même concevoir l'espoir de la guérison, elle déclina rapidement après l'hémorrhagie et mourut le 25 septembre.

Autopsie. — Plaques de lymphé récente sur toute la surface des intestins, particulièrement dans le voisinage du cæcum. Dans l'appendice vermiculaire se trouvaient quatre ulcérations dans l'une desquelles, à environ un centimètre et demi de l'ex-

trémité, on remarquait deux petites perforations. Le contenu des intestins ne s'était pas échappé dans la cavité péritonéale. Ulcérations étendues dans l'iléon, et quelques-unes dans le cæcum, près de la valvule; les eschares s'étaient détachées de la plupart des ulcérations qui commençaient à se guérir. La source de l'hémorragie est restée indéterminée.

OBSERVATION XXII — Boutecou

(*Jour. of Americ. Assoc.* p. 106, 28 janvier 1888.

Abdominal section for ruptured typhoid ulcer and for intestinal obstruction (7 observations).

Un homme de 25 ans, atteint de fièvre typhoïde, fut pris tout à coup de douleurs de la fosse iliaque droite, avec nausées, tympanisme, et bientôt de vomissements, d'absence de selles, et de tous les signes d'une péritonite par perforation intestinale. Le malade était en collapsus, fatalement condamné, la perforation remontant à quarante huit heurs, environ, lorsque Boutecou pratiqua la laparotomie.

Dans le péritoine, épanchement noirâtre, ulcère perforant de l'appendice iléo-cæcal, que l'on enlève après ligature : une seconde perforation sur l'iléon, à 10 pouces du cæcum, est aussi liée. Le patient mourut encore anesthésié.

OBSERVATION XXIII. — *In Semaine médicale*, 1892.

Perforation de l'appendice vermiforme

Dans la séance du 12 février 1892 de la Société clinique de Londres, M. D.-B. Lees, rapporte quatre observations de perforation de l'appendice vermiforme.

« La troisième observation est relative à un homme, âgé de 20 ans, entré à l'hôpital le 3 janvier 1892.

« Le jour même de son admission, dans la matinée, il fut pris d'une douleur violente siégeant d'abord au niveau de l'ombilic, mais se localisant bientôt dans la fosse iliaque droite : *en outre, le malade avait de la diarrhée, et on avait diagnostiqué une fièvre typhoïde.* Il s'agissait d'une péritonite, et la palpation permettait de constater *de l'empatement dans la fosse iliaque droite.* M. Silcock, appelé en consultation, pratiqua du côté droit une incision parallèle à l'arcade de Fallope, mais ce fut avec beaucoup de difficulté qu'il parvint à découvrir l'appendice, caché derrière le cæcum et intimement adhérent aux parties voisines.

L'appendice vermiforme était perforé ; on le réséqua après en avoir fait la ligature, et le malade ne tarda pas à entrer en convalescence ».

OBSERVATION XXIV. — Alexandroff, de Moscou (1893).

Laparotomie dans un cas d'appendice typhoïde

« Le 24 septembre 1893, entra dans le service interne de l'hôpital, un garçon, Vladimir L., âgé de 9 ans et 6 mois ; il était atteint depuis quatre jours, d'une fièvre grave ; quelque temps auparavant, son frère qui avait la fièvre typhoïde, a été admis dans le même service.

La température élevée, le pouls fréquent, la langue chargée et tout l'état général du malade, permettaient de croire qu'il était également atteint de fièvre typhoïde. D'après la marche de la maladie, on pouvait considérer l'infection comme assez faible : la température ne marquait que 40° 2, le pouls était assez fort, l'état fonctionnel des voies digestives était tout à fait normal. La présence du sang dans les selles du malade n'a pas été signalée ; une fois seulement, deux jours avant la

catastrophe, les excréments étaient d'une couleur plus ou moins foncée, ce qui permettait de supposer la présence du sang ; nous n'avons pas examiné les excréments.

« Dans la nuit du 28 au 29 octobre, apparurent des vomissements abondants et à plusieurs reprises ; le pouls, qui était tout le temps plein, tomba subitement et le malade se plaignit de maux de ventre.

Le 29, vers le matin, mal au cœur, estomac enflé et sensible aux palpations. Le pouls, énormément faible et fréquent ; l'état général grave. Pendant toute la journée, je n'ai pas vu le malade ; le soir, quand je fus appelé, je le trouvai très affaibli, son visage exprimait la souffrance, la langue était très chargée, les lèvres sèches. Le ventre était ballonné, très sensible aux pressions. En percutant l'abdomen, on y constate la présence d'un exsudat. Respiration fréquente et superficielle ; pouls faible, fréquent et presque incomptable ; température 40°.

Les symptômes si graves ne présentaient aucun doute que nous avions affaire à une péritonite, due à une perforation de l'intestin. Comme l'état du malade était bien grave, presque désespéré, il nous restait un seul moyen pour le sauver, ou bien le soulager : ouvrir la cavité abdominale. L'opération fut exécutée le soir, vingt heures après, l'apparition des symptômes de péritonite aiguë.

Chloroforme en petite quantité. Incision allant de l'ombilic, jusqu'à la symphyse pubienne, sur la ligne médiane. Le péritoine incisé, il s'écoula de la cavité abdominale une masse de liquide trouble, avec membranes, et odeur fétide. Les intestins, qui se présentèrent à nos yeux, étaient ballonnés, et à leur surface, on apercevait de petites taches hyperémiques, d'une forme prolongée ou ovale ; ces taches se trouvaient sur le trajet des intestins, opposé à l'insertion du mésentère. Evidemment, ces taches correspondaient aux ulcérations des intestins.

« Pour pouvoir trouver l'endroit perforé, nous agrandîmes un peu l'incision primitive de la paroi abdominale. Examinant les anses intestinales, en les faisant passer entre les

doigts de bas en haut, j'atteignis bien vite cette partie d'intestin grêle où les ulcérations disparaissaient tout à fait ; puis je commençai d'examiner l'intestin de haut en bas vers le cæcum.

L'appendice cæcal était anormal, et présentait une large ouverture, par laquelle passait facilement l'extrémité de l'index. Je me décidai à enlever cet appendice. Au niveau de sa base, je mis une ligature en soie.

L'appendice cæcal fut enlevé avec des ciseaux, et les bords de la plaie furent réunies par deux sutures fines de fil en soie.

La toilette du péritoine consistait tout simplement dans l'évacuation des masses liquides fétides et le lavage de la cavité péritonéale avec une solution boriquée tiède. La plaie abdominale fut réunie par des sutures en soie qui traversaient toute la paroi de l'abdomen ; de la partie inférieure de la plaie, j'introduisis un drainage d'un volume assez considérable ; pansement iodoformé.

L'opération ne dura que vingt-cinq minutes. A la fin, le malade était très affaibli, le pouls devenait presque insensible. Transporté dans le lit, il reprit connaissance, et but de l'eau avec de la valériane. Le collapsus augmenta, et au bout de vingt minutes, survint la mort.

L'autopsie confirma notre diagnostic de fièvre typhoïde.

L'examen de l'appendice que nous venions de réséquer, nous a découvert trois grandes plaies : l'une était sur l'extrémité, les deux autres sur les surfaces latérales de l'appendice. »

Suivent des considérations, sur l'intervention dans les cas de perforations intestinales, en général.

OBSERVATION XXV. — Observation résumée communiquée par M. le docteur Letulle). (Thèse Barbe, 1895.)

Perforation pendant rechûte. — Appendicite perforé dans le cours d'une fièvre typhoïde anormale. — Péritonite suraiguë. — Mort.

Vaun..., Eugène, 25 ans, plâtrier, entre le 19 avril 1894, salle Louis, n° 20 en se plaignant de mal de tête, de coliques et rhume léger. Il s'agit d'un pauvre diable, saturnin (il a eu à deux reprises, en 1892, des coliques de plomb à La Rochelle), qui entre, un peu reçu par commisération, car il ne paraît pas très malade.

Il raconte cependant qu'il y a trois semaines, ayant eu froid (il couchait sur des fours à plâtre dans la banlieue), il eut un frisson léger, du mal de tête, des nausées fréquentes et des vomissements biliaires abondants. Il mourait de soif et buvait de l'eau stagnante. Depuis huit jours, la diarrhée s'est installée, avec douze ou quinze selles par jour, il lui est même arrivé de laisser échapper des matières sous lui, sans s'en apercevoir. Il a perdu l'appétit et ne demande que du lait, qu'il conserve du reste difficilement. Sa température rectale est de 37°⁸.

L'examen attentif des poumons, du cœur, du foie, de la rate et des urines ne révèle rien.

L'abdomen est légèrement ballonné, un peu douloureux au niveau de la fosse iliaque droite.

Dès le lendemain de son entrée, la température rectale s'élève et passe par des oscillations anormales qui éloignent de l'hypothèse d'une fièvre typhoïde banale.

Voici les chiffres :

	Matin.	Soir.
20 avril	38°,8	39°,9
21	39°,2	38°,6
22	38°,1	38°,9
23	39°,4	40°
24	39°,5	39°,3
25	38°,9	39°,2
26	39°,3	39°,4
27	38°,6	37°,6
28	37°,4	39°,2
29	37°,2	38°,2

On note seulement, le 23, un peu de sécheresse de la langue, sans tuméfaction de la rate. Pourtant, le malade touchant à 40° le soir, on croit pouvoir faire pencher le diagnostic vers la fièvre typhoïde, alors que les jours précédents on inclinait plutôt vers la grippe à forme abdominale. Le malade n'a aucun délire, il est très calme. N'étaient ses vomissements fréquents et sa diarrhée, il n'irait pas mal.

Dès le 25, l'état général s'améliore, et, le 27 au soir, le malade a une température de 37°,6, plus basse d'un degré que le matin, qui coïncide avec un appétit marqué. La langue est propre, la diarrhée a disparu. Mais, dès le 29 au soir, la température rectale remonte à 38°,2, et, le 1^{er} mai, la diarrhée reparait avec des coliques qui n'avaient cédé que quelques jours ; grâce à la morphine, on calme ces douleurs.

	Matin.	Soir.
29 avr ^{il}	—	—
30	37°,8	39°,4
1 ^{er} mai	39°	39°,6
2	37°,8	38°,6

Dans la nuit, éclate un frisson violent, et le 2 au matin, on trouve un facies abattu, le pouls petit, serré, rapide, le ventre

s'est de nouveau ballonné et paraît un peu douloureux, surtout au niveau du canal inguinal droit, où existe une ancienne hernie volumineuse, mais réductible. Pas de vomissements. La dépression des forces est soudaine, et, dans la journée la prostration augmente. Vers minuit, tout à coup, le malade pousse des cris stridents, il souffre atrocement de la fosse iliaque droite; à quatre heures du matin, il est pris d'une cyanose rapide, et d'une raideur subite, il meurt en quelques minutes.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen, une quantité considérable de pus verdâtre, s'échappe, en même temps que quelques membranes fibrineuses molles. On constate que la suppuration s'est faite en nappe, et n'est point collectée contre le cæcum. Celui-ci porte, accolé à sa face antérieure, un appendice vermiforme, long d'environ 10 centimètres, recouvert de fausses membranes assez adhérentes, d'une part au cæcum, d'autre part à la paroi abdominale antérieure.

L'appendice dilaté présente, à 5 centimètres de son extrémité inférieure, une perforation qui ampute l'organe dans la moitié antérieure de sa circonférence.

Après ouverture de l'appendice, on peut se rendre compte des dimensions considérables de cette perforation à peu près régulière, arrondie, large de 5 à 6 millimètres dans tous les sens. Au-dessus de la perforation, le reste de la muqueuse appendiculaire paraît tuméfié, hyperémié; à 2 centimètres de son orifice, existe une première ulcération, bientôt suivie d'une seconde, toutes deux petites, arrondies, larges de 2 ou 3 millimètres.

Enfin, au niveau de la pointe de l'appendice, existe un gros follicule clos très tuméfié, non ulcéré.

La nature de cette appendicite perforante est fixée par l'état de l'intestin grêle. Il existe, en effet, dans les 80 derniers centimètres de l'iléon, douze ulcères, des plaques de Peyer et des follicules lymphatiques parfaitement caractérisés de la fièvre typhoïde. La plus large de ces ulcérations, très rappro-

chées de la valvule iléo-cæcale, a la largeur d'une pièce de deux francs environ; elle apparaît lisse, complètement détergée, avec des bords légèrement tomenteux.

On trouve, çà et là, des pertes de substances assez anciennes, nettoyées et en voie de cicatrisation.

Il s'agit sans doute *d'une réinfection typhoïdique récente, d'une rechute tardive*, survenue au décours d'une fièvre typhoïde latente.

La rate, 180 grammes, est diffluente.

L'auteur termine ainsi :

« Nous avons cité cette observation, *quoiqu'elle soit une perforation de l'appendice et non de l'intestin grêle*. Mais elle nous a paru intéressante, d'abord *parce que les perforations de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde sont assez rares*. De plus, le diagnostic de la fièvre a été hésitant les premiers jours, à cause des oscillations bizarres de la température, qui, jointes aux vomissements et à la diarrhée, ont fait plutôt penser à une grippe à forme abdominale. Enfin, *les symptômes de la perforation eux-mêmes n'ont pas été bien caractéristiques*; le ventre n'a été que peu ballonné, les douleurs assez faibles, sans vomissements, et, en somme, le malade n'allait pas mal, lorsque sont survenus subitement le frisson et le collapsus qui l'ont rapidement emporté. »

B) APPENDICITES PARA-TYPHOÏDES

L'appendicite para-typhoïde est susceptible de revêtir, dit M. le professeur Dieulafoy, toutes les modalités de l'appendicite banale et vulgaire.

Il s'agit, dans quelque cas que ce soit, d'un individu atteint de fièvre typhoïde, dont la maladie a suivi un cours normal, et qui est entré en convalescence.

« Un jour, avec ou sans avertissements, une douleur vive se déclare à la fosse iliaque droite, la *température s'élève*, des vomissements surviennent, le ventre se ballonne, et, comme le malade est convalescent d'une fièvre typhoïde, on diagnostique une perforation intestinale tardive, on croit à une péritonite par perforation et l'on porte le plus grave pronostic.

Cependant, après deux ou trois jours de cet orage, le calme se rétablit, les symptômes s'amoindrissent *et le malade guérit*.

« Dans d'autres cas, moins heureux, malgré l'apaisement des symptômes du début, la température ne redescend pas à la normale, les douleurs abdominales ne disparaissent pas, le ventre reste sensible à la fosse iliaque droite; la palpation est fort douloureuse, le muscle sous-jacent se défend, un empâtement profond devient perceptible, et, en quelques jours, *une collection purulente* se forme à la région iléo-cæcale.

« Enfin, dans d'autres circonstances, beaucoup plus redoutables, ce n'est pas une péritonite enkystée qui se forme, mais *c'est une péritonite plus ou moins généralisée*, plus ou moins septique avec toutes ses conséquences. »

Un des signes caractéristiques de ces appendicites, suivant le même observateur, serait par dessus tout *l'ascension de la température*.

Quand la fièvre reparait pendant la convalescence, et que cette *élévation thermique* s'accompagne de *nausées*

et de vomissements, c'est la région appendiculaire qu'il faut incriminer de suite, et le siège de la douleur, la défense de la paroi, l'hyperesthésie de la région, viennent prouver qu'il s'agit bien d'une telle complication.

Sous le terme de *pérityphlites survenant pendant la fièvre typhoïde*, Gouronnec, dans sa thèse de 1881, a d'ailleurs tracé un tableau symptomatique qui se rapproche par bien des points de celui de l'appendicite.

« Tout cela survient, dit Gouronnec, lorsque le malade était en pleine convalescence, et lorsque rien ne faisait prévoir ni redouter cette funeste complication. La température ne tarde pas à monter, elle peut atteindre 38°5 et 39. On ne tarde pas à percevoir, dans la région iléo-cæcale douloureuse, une sorte de tuméfaction, d'empâtement encore diffus... Cette douleur augmente par la pression : *aussi fait-on crier* le malade, quand on palpe la région iléo-cæcale; il se raidit et fait contracter les muscles de la paroi abdominale... La douleur, après s'être généralisée, se localise au siège de l'inflammation et y demeure; mais bientôt elle diminue d'intensité, et finit même par disparaître longtemps avant la tumeur... Si la suppuration s'établit, la douleur reparaît avec un nouveau caractère, et l'élimination de l'abcès par l'intestin est annoncée par une douleur aiguë et la présence du pus dans les garde-robes... La résolution peut d'ailleurs avoir lieu ou l'ouverture se faire dans le péritoine... »

C'est le tableau de la forme enkystée de l'appendicite para-typhoïde. Cette forme nous a d'ailleurs paru la plus fréquente.

M. Dieulafoy cite un cas d'appendicite para-typhoïde ayant regressé; les autres faits qu'il signale sont des formes enkystées; nous avons trouvé, dans nos recherches bibliographiques, des cas probables d'*appendicites perforantes* (cas de Thirial) et des cas de *péritonites enkystées* (faits de Chomel et de Duguet).

Nous reproduisons ici ces diverses observations :

OBSERVATION XXVI. — (M. Dieulafoy).

J'ai été appelé au mois de juin de cette année auprès d'une jeune malade que j'avais vue avec MM. Bucquoy et Leval.

Cette jeune fille avait été atteinte, quatre semaines avant, d'une fièvre typhoïde d'assez forte intensité. Au moment de la convalescence, la malade fut prise de vives douleurs dans la fosse iliaque droite et de symptômes simulant une perforation intestinale. Puis le calme parut se rétablir, mais l'amélioration ne fut que factice, le ventre restait ballonné, des douleurs vives m'apparaissaient sous formes de crises violentes, le pouls était fort accéléré. En examinant la courbe des températures, on voyait que cet épisode aigu avait coïncidé avec une poussée fébrile, avec une notable élévation de la température; il était donc permis de supposer que la malade avait eu, non pas une perforation intestinale, mais une appendicite para-typhoïde.

C'était également l'opinion de M. Routier qui avait vu la malade à ce moment. Nous constatâmes une collection purulente à la région cæco-appendiculaire, l'opération fut décidée, pratiquée par M. Routier, et la malade fut guérie.

OBSERVATION XXVII. — (M. Dieulafoy).

Mon confrère Hue (de Rouen) m'a raconté avoir opéré cette année un jeune malade qui avait été pris dans le décours d'une fièvre typhoïde, de douleurs vives à la fosse iliaque droite et de symptômes péritonéaux simulant la perforation intestinale.

Cette complication avait été accompagnée d'état fébrile, d'élévation de température et, en fin de compte, avait abouti à un abcès péritonéal de la région cæco-appendiculaire qui fut opéré et qui fut suivi de guérison.

OBSERVATION XXVIII. — (M. Dieulafoy).

J'ai vu récemment avec le Dr Thomas, un Monsieur d'une cinquantaine d'années qui venait d'être pris d'une attaque d'appendicite aiguë; ce malade n'avait pas attendu son médecin pour faire le diagnostic : il soupçonnait l'appendicite, et il nous raconta qu'il avait eu une attaque semblable, quelques années avant, au décours d'une fièvre typhoïde; ce qui prouve, du reste, que l'appendicite typhique peut être, pour plus tard, l'origine de nouvelles attaques appendiculaires.

OBSERVATION XXIX. — (*Union Médicale*, 1853).

Jeune fille de 21 ans, présentant les symptômes d'une fièvre typhoïde assez bénigne. Après vingt jours environ de maladie, elle entrait en convalescence, et commençait à prendre quelques aliments, lorsqu'elle fut prise de symptômes excessivement graves, tels que douleurs dans le ventre, vomissements bilieux, dépression du pouls, etc.

L'état s'aggrava de plus en plus, et soixante-douze heures après le début des accidents, la malade expira.

Autopsie. — Le paquet intestinal, dans sa plus grande partie, était tapissée d'une couche de lymphé plastique molle et récente. De plus, le fond du bassin contenait quatre à cinq onces d'un liquide laiteux de nature purulente.

Le canal intestinal fut ouvert. On n'y put trouver la moindre trace de perforation. Vers la fin de l'iléon, et surtout au niveau de la valvule, il y avait quatre ou cinq plaques sans saillie, de coloration noirâtre. C'étaient des plaques de Peyer en voie de guérison. Malgré toutes les recherches, on ne put découvrir la moindre perforation.

OBSERVATION XXX. — (Thirial).

Jeune homme de 18 ans, en convalescence de fièvre typhoïde présente successivement, otite purulente, foyer purulent sur le côté droit de l'abdomen, abcès multiples au cou, aux cuisses, à la fesse. Bref, en une dizaine de jours, on voit apparaître successivement une dizaine d'abcès de diverses grosseurs. A la fin de mars, il est pris, dans la nuit du 30 au 31, de violentes coliques, avec douleurs abdominales et vomissements verts.

Le 31 au matin, il est méconnaissable. Les symptômes s'aggravent le 1^{er} avril : pouls petit, soif vive. Mort le 2 avril à 10 heures du matin.

On trouve une *péritonite généralisée*, vers la fin de l'iléon, un certain nombre de plaques Peyer légèrement saillantes, mais n'offrant aucune apparence morbide. Quelques autres étaient saillantes, noirâtres en résolution sans doute. Aucune perforation.

OBSERVATION XXXI. — (Thirial)

Jeune homme, ayant contracté la typhoïde à l'hôpital.

Il *entre en convalescence*, quand, dans la nuit du 2 avril, éclatent subitement des symptômes graves (douleur abdominale, hoquet avec vomissements, grande fréquence du pouls, angoisse, anxiété.)

Mort le 3 avril, à trois heures après midi.

Pas de perforation à l'autopsie. Quelques plaques de Peyer, légèrement saillantes, *mais sans les moindres vestiges d'inflammation ni d'ulcération*.

Pas de matières purulentes dans le péritoine ; on trouve seulement dans le petit bassin une assez notable quantité de sérosité un peu louche, et de plus, un grand nombre de flocons albumineux déposés çà et là sur certaines portions du péritoine. Ajoutons que l'inflammation du péritoine était encore caractérisée par une injection assez vive de toute la masse intestinale, à sa surface externe.

OBSERVATION XXXII. — (Clinique de Chomel).

La nommée *Voisin*, âgée de 32 ans, *est au quarante-quatrième jour d'une dothiéntérie*, et mange depuis quelques temps déjà, quand elle est prise de vives douleurs abdominales, avec vomissements persistants.

L'abdomen est si douloureux qu'on ne peut l'examiner, surtout à droite.

Aubout de quelques temps les vomissements cessent et les douleurs sont moins intenses.

Le quarante-cinquième jour, la malade va mieux.

Le quarante-septième jour, la douleur du côté du ventre

reparaît avec plus de force que jamais. Insomnie. Depuis trois jours, ni selles, ni vomissements.

On trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur peu volumineuse, mâte, un peu mobile, et qui ne peut être examinée à cause de la vive douleur de la région.

La douleur est améliorée par un grand bain. Les jours suivants, on assiste à la diminution, puis à la disparition de la tumeur.

La malade sort guérie au bout de quinze jours.

OBSERVATION XXXIII. — Due à M. Duguet, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, dans la thèse de Gouronnet.

Veb..., Emile, 17 ans, ébéniste, entre le 13 janvier, avec tous les signes d'une fièvre typhoïde datant déjà de quinze jours environ. La température oscille autour de 40°, avec râles sibilants, ballonnement du ventre, douleur et gargouillement de la fosse iliaque droite, etc.

Les taches rosées lenticulaires sont nettes, la langue est sèche et rouge, somme toute, il s'agit d'une fièvre ataxo adynamique d'intensité modérée.

Au 29 janvier, abaissement thermique et convalescence.

Le 2 février, douleur de la fosse iliaque droite en un point fixe; la douleur devient continue et se trouve exagérée par la pression. Les garde-robes deviennent plus rares.

Le 3, même douleur; une certaine résistance dans la région. Un verre d'eau de sedlitz et un lavement amènent quelques garde-robes.

Le 5, empâtement plus prononcé, un peu diffus, occupant une partie de la fosse iliaque droite, au niveau du cæcum, et s'étendant un peu en longueur verticalement comme cette portion d'intestin.

Température : 38,8. Pouls plus fréquent.

Le 8, la douleur diminue, mais l'induration persiste.

Le 9, douleur plus vive. Application d'un vésicatoire volant camphré.

Le 10, soulagement, mais persistance de l'empatement, il est plus facile à délimiter, par suite de la diminution de la douleur. Température : 38,5.

Le 11, abaissement de la température, qui revient rapidement à la normale les jours suivants. La douleur disparaît, et chaque jour, on assiste à la diminution régulière de la tumeur, qui, de la grosseur d'un gros œuf de dinde, prend les proportions d'une noix, puis disparaît complètement dans les premiers jours du mois de mars.

L'appétit et les forces reviennent ; le 8 mars, il part en convalescence à Vincennes.

A ces observations, nous joindrons enfin le résumé d'un cas, longuement décrit dans la *Revue de Médecine* de 1895, et qui prouve que ces appendicites para-typhoïdes sont susceptibles des mêmes complications que l'appendicite vulgaire. Il s'agit d'une *suppuration hépatique*, consécutive à des lésions de l'appendice développées pendant la convalescence d'une dothiéntérie.

OBSERVATION XXXIV. — (Lannois).

Un jeune homme atteint de fièvre typhoïde est pris, en pleine convalescence, et après quelques jours d'apyrexie, d'une reprise violente de la fièvre. La température s'élève à 40 degrés, le ventre se ballonne et des douleurs surviennent dans le ventre, surtout à l'hypochondre droit. A dater de ce moment, on assiste à l'évolution d'un état infectieux et d'une péritonite, et le malade succombe. A l'autopsie, on constate une péritonite surtout

accusée au niveau du cæcum, et l'on trouve dans le foie, augmenté de volume, une dizaine d'abcès volumineux, de la dimension d'un œuf à une mandarine, et d'autres petits abcès à type aréolaire. Or, pour expliquer cette péritonite, on ne pouvait incriminer les lésions intestinales, car, toutes les ulcérations étaient cicatrisées ou en voie de cicatrisation ; c'était encore un de ces cas qu'on aurait étiquetés autrefois : « péritonite par propagation » ; mais il y avait ici une appendicite ; l'appendice était adhérent au cæcum, et, dans l'appendicite, existait une ulcération longitudinale ; ce sont les lésions appendiculaires qui avaient été l'origine et qui étaient le témoin du processus pathologique, dont l'aboutissant avait été, d'une part, la péritonite, et, d'autre part, l'hépatite infectieuse suppurée.

DIAGNOSTIC

La fièvre typhoïde n'est pas toujours précédée de la période prodromique habituelle ; la courbature généralisée, la céphalalgie, l'inappétence, sont des signes parfois nuls ou si peu marqués qu'ils passent inaperçus. Dans ce cas, la dothiéntérie débute brusquement, à la façon de la pneumonie : le malade frissonne, vomit, se plaint de l'abdomen. C'est un mode de début assez fréquent chez l'enfant.

Il y a donc lieu d'y penser, et il serait certes préjudiciable au sujet de confondre, pendant plusieurs jours, une typhoïde à forme grave avec une appendicite : la balnéothérapie s'impose aujourd'hui de façon précoce dans le traitement de la dothiéntérie, et la thérapeutique de l'appendicite nécessite, d'autre part, une intervention rapide.

C'est donc une erreur qu'il faut savoir éviter, de méconnaître la typhoïde pour l'appendicite, et l'on ne saurait trop, dans des cas de ce genre, pousser à fond l'exa-

men de son malade, interroger scrupuleusement ses commémoratifs immédiats, percuter sa rate, et ausculter ses bases pulmonaires.

Le séro-diagnostic doit, naturellement, être fait ; mais on sait qu'au début, et souvent même pendant une grande partie de l'évolution du mal, il ne fournit aucun renseignement utile.

L'erreur inverse est de beaucoup plus grave : la typhoïde peut attendre le bain froid pendant quelques jours, l'appendicite peut tuer en quelques heures, si l'intervention chirurgicale n'a pas lieu.

Il faut donc, dans un cas difficile de ce genre, faire abstraction des diagnostics antérieurs, interroger encore le sujet sur ses antécédents immédiats ou passés, et surtout fouiller avec soin sa fosse iliaque et son point appendiculaire.

Une surveillance de tous les instants fixera souvent très vite le diagnostic.

Mais, parfois, et c'est de ces cas qu'il nous reste à parler maintenant, les deux affections coïncident, et le diagnostic ne s'en trouve pas facilité.

Il faut d'abord connaître cette coexistence, ne pass'en trouver surpris si on la rencontre, et, nous ajouterons même, la rechercher de parti pris. L'attention doit être éveillée, dès le début, sur une douleur fixe au point de Mac-Burney, sur une localisation nette de l'infection au vermium.

La douleur que nous avons décrite, les symptômes

généraux qui peuvent l'accompagner, ne traduisent pas, à vrai dire, une appendicite; « la défense abdominale, à la pression, est seulement modérée, l'hyperesthésie de la paroi est certes moins marquée que dans l'appendicite vraie, enfin, les symptômes généraux n'ont pas l'intensité et le caractère de ceux qui accompagnent d'ordinaire une appendicite d'emblée d'apparence aussi grave. » (Moi-zard).

Il faut, à notre sens, considérer ces symptômes comme l'indice d'une participation intense de l'appendice au processus de la dothiéntérie, et ne pas se hâter de traiter ce symptôme, comme s'il s'agissait d'une appendicite vraie. Mais il est nécessaire d'avoir l'attention souvent portée sur ce point, puisque des complications peuvent survenir.

La péritonite enkystée péri-appendiculaire, au cours d'une fièvre typhoïde, ne nous retiendra pas longtemps. Il suffit d'être prévenu de la possibilité du fait pour comprendre la valeur de douleurs abdominales survenant tout d'un coup chez un typhique, avec aggravation de son état général, puis amendement de ces symptômes, et formation progressive, dans la fosse iliaque droite, d'un empâtement, puis d'une tumeur fluctuante qui réclame l'intervention.

Nous avons vainement tenté de chercher quelques caractères particuliers à la perforation de l'appendice. Jusqu'ici, les divers cas de perforation appendiculaire, suivis d'opération ou d'autopsie, avaient été pris pour

des perforations intestinales, et traités comme telles, soit par l'abstention, soit par la laparotomie. Peut-être, avec la connaissance de ce fait de la perforation possible de cet organe dans la convalescence, serait-il possible de limiter davantage, dans quelques cas, le diagnostic du siège de la lésion, et peut-être la recherche systématique du point de Mac Burney, la défense abdominale localisée et plus vive, l'hyperthermie plus rapide, pourraient conduire un observateur prévenu au diagnostic probable de perforation appendiculaire.

Dans la convalescence, le diagnostic *d'appendicite paratyphoïde* peut et doit être fait. L'*ascension de la température*, accompagnée des douleurs localisées que nous connaissons, des phénomènes généraux habituels, doit nous faire palper, de parti pris, la fosse iliaque.

La *perforation* est plus précoce, elle s'accompagne d'hypothermie, son évolution est rapide.

La *rechute* de la dothiéntérie procède d'ordinaire par élévations thermiques progressives; c'est du jour au lendemain que s'élève brusquement la température, dans l'appendicite de la convalescence. Puis la rechute s'accompagne des signes nouveaux de l'infection typhique, la céphalalgie reparaît, la diarrhée souvent aussi, et les taches rosées se multiplient.

L'appendicite para-typhoïde évolue le plus ordinairement en abcès péri-cæcal; si donc l'attention n'a pas

été, dès le début, portée sur la fosse iliaque, il y aura des chances pour qu'un observateur sérieux ne méconnaisse pas longtemps une affection qui se traduira par une douleur fixe dans l'abdomen, en un point localisé, et donnera bientôt à la palpation, la notion d'une tuméfaction fluctuante.

PRONOSTIC

Si le diagnostic des lésions appendiculaires est porté, le pronostic en devient moins alarmant. La notion de l'appendicite typhique doit éviter, à notre sens, avec les données thérapeutiques actuelles, de cruelles catastrophes. La congestion appendiculaire du début n'est pas grave en elle-même, mais elle indique une participation très active du vermium au processus infectieux, et elle doit, par conséquent, amener quelque réserve au point de vue du pronostic. Murchison n'a-t-il pas signalé la gravité des fièvres typhoïdes qui se traduisaient au début par des douleurs abdominales violentes ?

Dans les cas même où des lésions ultérieures n'apparaîtraient pas et où cette poussée appendiculaire disparaîtrait pour ne plus revenir dans le cours de l'affection, il nous semble que le seul fait de sa présence va créer pour l'avenir une cause possible d'infection appendiculaire. La fièvre typhoïde est indubitablement une cause prédisposante de premier ordre aux appendicites futures.

C'était déjà l'avis de Gouronnec qui écrivait dans sa thèse : « La typhlite et la pérityphlite peuvent survenir non seulement lorsque les malades ne sont pas encore guéris de la fièvre typhoïde, mais encore dans les années qui suivent cette maladie, » Et l'auteur cite à l'appui de cette opinion les trois faits suivants :

Dans une observation de M. Duguet, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, traité en ville, « pour une pérityphlite dont l'étiologie est assez obscure. L'an dernier ce jeune homme a été soigné pour une fièvre typhoïde très grave, on peut donc penser que les ulcérations déterminées par sa dothiéntérie n'ont pas été étrangères au développement de sa pérityphlite. »

Dans la *Lancette* de 1866, se trouve une observation de Parkes ayant trait à une jeune fille de 22 ans atteinte de typhlite et peu de temps auparavant de fièvre typhoïde.

Enfin la thèse de Peyronnet (1876) contient une observation de pérityphlite suivie de mort et survenue chez un sujet ayant eu deux ans auparavant une fièvre typhoïde.

Nous avons retrouvé la fièvre typhoïde signalée comme cause d'appel pour l'appendicite dans la plupart des traités classiques. Le fait est signalé sans commentaires, sauf dans l'article déjà cité de M. le Dr Guinard.

Les recherches que nous avons eu l'occasion de faire nous-mêmes sur ce point particulier, nous ont donné, sur vingt-deux appendicites, six cas de dothiéntérie. Il nous a paru intéressant de signaler cette proportion considérable.

Il ne faudra pas, soit dans le cours de l'affection, soit dans la convalescence, méconnaître l'abcès péri-cæcal. Le pronostic sera d'autant plus favorable que le diagnostic sera fait de bonne heure, et qu'une intervention chirurgicale rapide évitera la généralisation septique, ou la péritonite généralisée. L'intervention, sérieuse assurément dans le cours de l'infection, en pleine typhoïde, n'aura pas dans la convalescence, la gravité qu'on attendrait ; tous les malades de M. Dieulafoy ont guéri. En tout cas, il est interdit de compter sur une résolution toujours exceptionnelle, et de pratiquer une abstention systématique qui, dans les observations que nous avons signalées, a conduit parfois aux plus graves accidents.

Le pronostic de la perforation a toujours été fatal, dans les cas jusqu'ici recueillis. Il nous semble, ici encore, que, malgré les antécédents déplorables d'une telle laparotomie, c'est pourtant à l'intervention chirurgicale qu'il faut donner le dernier mot. La perforation de l'appendice et la péritonite diffuse qui en est la conséquence ont été curables dans un certain nombre de cas ; pourquoi n'en serait-il pas de même dans la fièvre typhoïde, dont la péritonite par perforation appendiculaire ne saurait avoir, il nous semble, la gravité terrible de la péritonite par perforation intestinale.

L'absence, ou tout au moins, la présence restreinte des matières fécales dans le péritoine, ne peut être qu'un appoint favorable à la guérison possible. La possibilité, enfin, d'enlever la totalité de l'appendice, nous paraît

donner des garanties supérieures à la suture, en tissu malade, des tuniques intestinales. Nous pensons donc qu'il est indiqué, dès que le diagnostic est fait, de prendre le bistouri et de courir à l'appendice.

TRAITEMENT.

La réaction appendiculaire du début ne nous paraît pas mériter de traitement spécial. La balnéothérapie doit être continuée, puisqu'elle veut lutter, dès ce moment, contre l'envahissement éberthien, et que la douleur qui nous occupe n'est que la traduction de l'intensité de cet envahissement. Peut-être, dans l'intervalle des bains, serait-il indiqué toutefois, de faire sur la fosse iliaque droite une révulsion légère, et d'appliquer, par exemple, sur la région appendiculaire, une vessie de glace, qui ne gênerait en rien le traitement par les bains froids.

Dans les autres cas, il faut être toujours prêt à intervenir. Sans doute, le malade en question est un typhique, c'est-à-dire un sujet déprimé, fatigué, infecté, en mauvaise posture pour l'intervention. Il faut tenir compte de ce fait, et différer l'opération plus longtemps qu'on ne le ferait, s'il s'agissait d'un malade ordinaire ; il ne faut rien précipiter, cela va sans dire, mais une abstention systématique nous paraîtrait dangereuse et très préjudi-

ciable. Quand la douleur est extrême, quand l'état général est sérieux; quand un abcès est évident, il faut opérer. L'abstention n'est possible et légitime que si le sujet est prostré, hors d'état de supporter le choc opératoire.

Quelle sera l'intervention ?

S'il s'agit nettement d'appendicite, si la fluctuation est évidente dans la fosse iliaque; si le point de Mac Burney, très net, indique la lésion manifeste de l'appendice, c'est l'incision classique qu'il faudra faire, suivant une ligne parallèle à l'arcade crurale. L'abcès sera ouvert, l'appendice enlevé autant que possible, le drainage établi, et le malade réchauffé rapidement. Des pansements réguliers assureront, les jours suivants, l'évacuation normale de la collection.

S'il s'agit de perforation, il serait vraiment bien exceptionnel que le diagnostic fût assez précis pour permettre la même incision. L'erreur nous paraît, en tout cas, toujours possible, et cette incision, qui limite forcément le champ des recherches, deviendrait alors fort gênante. D'ailleurs, la perforation de l'appendice peut n'être pas unique; on trouvera, dans nos observations, la coexistence signalée de perforation appendiculaire et de perforations de l'iléon. Il est donc indispensable *de faire la laparotomie médiane*, pour pouvoir explorer à l'aise non seulement l'appendice mais le cæcum et la dernière portion de l'iléon.

On ira donc droit à l'appendice; s'il est perforé, ou seulement même tuméfié, congestionné, malade, il sera

bon de le supprimer. Les recherches porteront ensuite sur les anses intestinales voisines, siège habituel des plaques de Peyer.

La désinfection du péritoine s'imposera ; certains chirurgiens font le lavage de la cavité péritonéale ; d'autres se contentent de l'évacuer et de la tamponner.

En tout cas, un drainage multiplié est absolument nécessaire ; il doit être établi en divers sens, particulièrement dans le fond du bassin.

On pourra faire, au typhique, une abondante injection de sérum.

CONCLUSIONS

I. — Le rôle de l'appendice dans la fièvre typhoïde a été peu étudié jusqu'ici ; il est souvent important, quelquefois même primordial.

II. — L'appendice, dans la dothiéntérie, peut être touché de plusieurs façons :

a) La fièvre typhoïde évolue dans l'appendice, comme elle évolue dans l'intestin. Les *stades d'infiltration et d'ulcération* se retrouvent dans le vermium.

La *perforation* est possible.

b) Une *appendicite véritable* se déclare dans la convalescence.

Elle se traduit par une *élévation thermique*, accompagnée des signes habituels de l'appendicite, et sa pathogénie est complexe.

C'est l'*appendicite para-typhoïde*.

III. — Il faut éviter de méconnaître la participation de l'appendice aux lésions typhiques, et aussi l'appendicite para-typhoïde.

L'ignorance de cette notion peut amener de cruels mécomptes,

IV. — Le pronostic est d'autant moins grave que le diagnostic sera fait, et rapidement. Quelles que soient la nature et la gravité de la participation de l'appendice aux lésions typhiques, il est certain que cette localisation crée pour l'avenir une prédisposition fréquente à l'appendicite. Il faut être prévenu de ce fait.

V. — La congestion appendiculaire du début ne nécessite pas de traitement spécial. Elle sera seulement surveillée.

L'abcès péri-cæcal sera traité par l'intervention habituelle.

La perforation, dont le diagnostic avec la perforation intestinale, nous semble impossible, sera combattue par la *laparotomie médiane*, qui permettra de réséquer l'appendice, et d'explorer les anses intestinales voisines.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
HUTINFL.

Vu : LE DOYEN :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDROFF. — *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 30 août 1894.

BARBE. — *Thèse*, Paris 1895. *Perforation de l'intestin grêle*.

BEAUSSENAT, — *Thèse*, Paris 1897.

BLANC. — *Thèse*, Paris 1899. *Pathologie du diverticule de Meckel*.

Bulletins de la Société de chirurgie, séance du 8 mars 1899.

Bulletins de la Société anatomique.

DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne*, articles appendicite et fièvre typhoïde.

DIEULAFOY. — Académie de médecine, séance du 20 octobre 1896.

GARCIN. — *Thèse*, Lyon 1892.

GLINDZIC. — *Thèse*, Paris 1880. *La péritonite dans la fièvre typhoïde*.

M^{lle} GORDON. — *Thèse*, Paris 1897.

GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clinique médicale*, t. III.

GOURONNEC. — *Thèse*, Paris 1881. *De la typhlite et de la perityphlite dans leurs rapports avec la fièvre thyphoïde*.

HOMOLLE. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. XXXVI.

- HOUZÉ. — *Thèse*, Paris 1896. De l'intervention dans la péritonite aiguë généralisée par perforation.
- HUTINEL. — *Thèse d'agrégation*, Paris 1883.
- JACCOUD. — *Pathologie interne*, t. III.
- Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. 10 juillet 1899.
- La fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendicite par M. le Dr Moizard.
- LABASTE. — *Thèse*, Lyon 1892. De quelques complications de la convalescence de la fièvre typhoïde.
- LANNOIS. — *Revue de médecine*, 1895, p. 908.
- LEUDET. — *Archives générales de médecine*, 1859.
- LÉVÊQUE. — *Thèse*, Paris 1881. Des complications dans la convalescence de la fièvre typhoïde.
- LOUIS. — *Progrès médical*, 27 décembre 1890.
- MAURANGE. — *Gazette hebdomadaire*. 28 septembre 1899.
- MORIN. — *Thèse*, Paris 1869. Des perforations intestinales typhiques.
- MURCHISON. — La fièvre typhoïde.
- POIRIER. — *Traité d'anatomie humaine*. Tube digestif.
- RAMOND. — *Thèse*, Paris 1898. Etude sur la fièvre typhoïde expérimentale.
- RANQUE. — *Thèse*, Paris 1881. Péritonite et fièvre typhoïde.
- SIRON. — *Thèse*, Paris 1897. De l'intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire.
- TALAMON. — Typhlite et appendicite (collection Charcot-Debove).
- THIRIAL. — *Union médicale*, 1853, nos 83, 84 et 85.
- Traité de chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet (article appendicite de M. le Dr Guinard).
- Traité de médecine* de MM. Brouardel et Gilbert.

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

PARIS

- AUSSET** (D^r), professeur agrégé. — *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-97. 1 volume in-8, 1898. 5 fr. »
- BERDAL** (D^r), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. — *Traité pratique des maladies vénériennes*. Préface de TENNESON. In-8, 1897, avec fig. et pl. col. 10 fr. »
- BERNHEIM**. — *Immunisation et sérumthérapie*. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897. 4 fr. »
- BERNHEIM**. — *Formulaire clinique*, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896. 4 fr. »
- CHATELAIN**. — *Précis iconographique des maladies de la peau*. Ouvrage accompagné de 50 PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR, reproduites d'après nature, par FELIX MÉHEUX, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile 25 fr. »
- COURTADE**. — *Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille*. Un vol. in-18, 1895. 4 fr. »
- GARNIER et DELAMARE**. — *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, les symptômes cliniques, les lésions anatomiques, etc. Préface de H. ROGER, professeur agrégé. In-18, 1900. Broché, 5 fr., relié 6 fr. »
- KRAFFT-EBING**. — *Traité clinique de psychiatrie*, traduit sur la 5^e édition allemande, par le D^r EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897. 20 fr. »
- LEVILLAIN**. — *Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes*. In-12, 1895. 4 fr. »
- MALBEC**. — *Consultations et ordonnances médicales*, 2^e édition., revue et augmentée, in-18, rel. souple, 1897. 4 fr. »
- MAURANS** (D^r de). — *Compendium moderne de médecine pratique*, publié sous la dir. du D^r DE MAURANS. In-8, de 720 p., 1894. 12 fr. »
- NOGUÉ**. — *Précis de pédiologie infantile*. In-8, rel. s., 1895. 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). — *Traité d'électrothérapie oculaire*, avec une préface de M. le D^r E. VALUDE. 1 vol. in-18, avec fig., 1895. 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). — *Traité de l'œil artificiel*. 1 vol. in-18. cart., avec fig., 1895. 4 fr. »
- STAPPER**. — *Traité de Kinésithérapie gynécologique* (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouv. contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897. 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophthalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. — *Nouveaux éléments d'ophthalmologie*. 2 vol. in-8, 1896, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur. 20 fr. »
- VARIOT**. — *La diphtérie et la sérumthérapie*. Études cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col. 12 fr. »
- VAUCAIRE**. — *Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes* (formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18, 1895, rel. 4 fr. »
- VIGNES**. — *Technique de l'exploration oculaire*, introduction à l'étude de l'Ophthalmologie. 1 vol. in-8, avec 213 fig. dans le texte, 1896. 8 fr. »